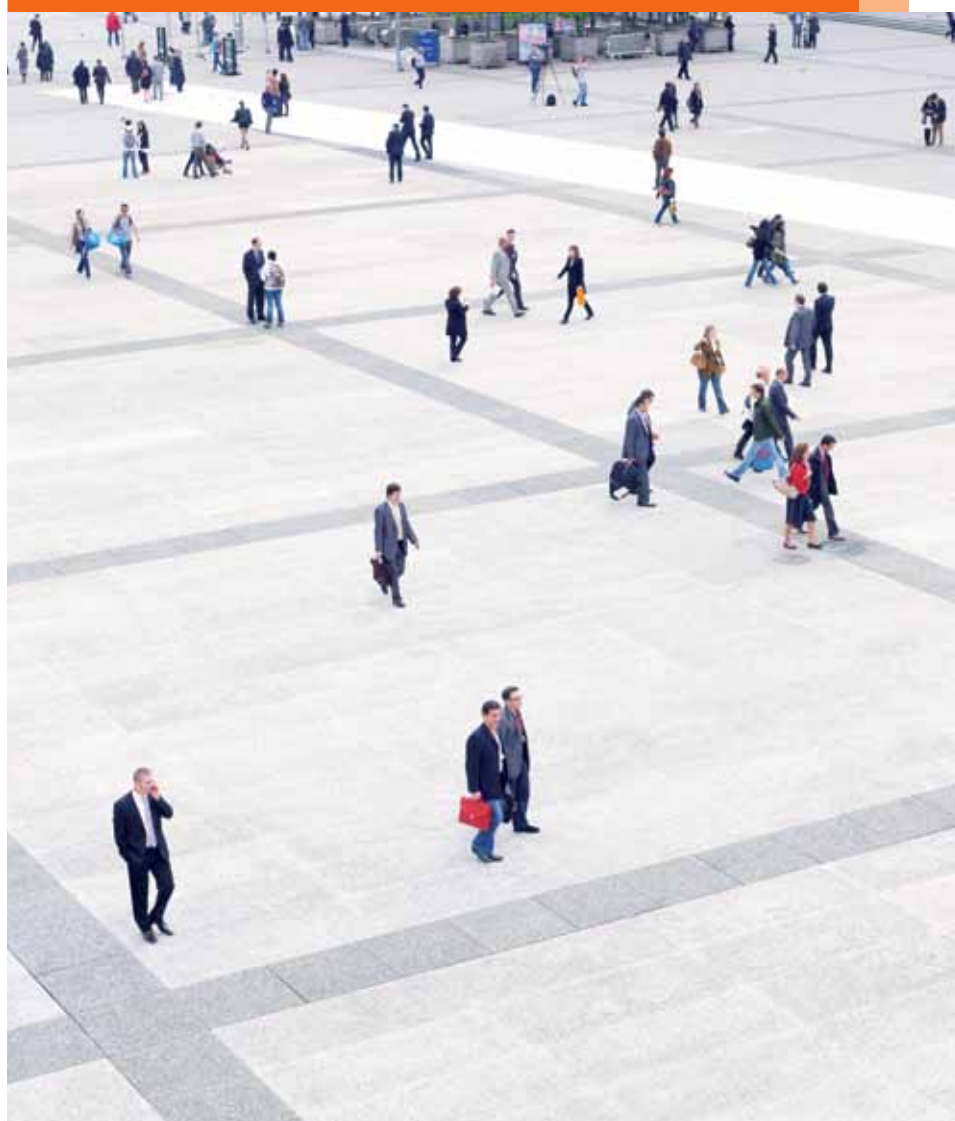


Diez Temas Candentes de la Sanidad Española para 2011

El momento de hacer
más con menos



Por segundo año consecutivo, presentamos el documento sobre “Temas Candentes de la Sanidad Española”, esta vez de 2011.

Como el año pasado, para la elaboración de este documento nos hemos inspirado en las publicaciones *Top Eight Health Industry Issues in 2008*, *Top Nine Health Industry Issues in 2009* y *Top Ten Health Industry Issues in 2010*, realizadas en Estados Unidos por el Health Research Institute de PwC. Nos pareció el año pasado, y nos sigue pareciendo éste, que hacer una aportación sobre los temas candentes en el sector sanitario en España, con un enfoque al mismo tiempo riguroso, pero también ágil y directo, podía ser algo interesante.

Nadie busca en este documento un enfoque sistemático. Es una presentación de los temas candentes para este año. Aunque los temas candentes suelen ser importantes, el criterio de selección no es la importancia relativa, sino el que sean temas que estén en la agenda y en el debate ese año.

De la misma forma que en 2009, el 22 de noviembre de 2010 reunimos a un grupo de expertos y destacadas personalidades del sector sanitario para mantener con ellos una sesión de trabajo. La mayor parte de los participantes fueron los mismos del año anterior. Algunos, como Manuel Cervera, Boi Ruiz o Roser Fernández, se incorporaban este año por primera vez, ya que el año anterior, aunque invitados, otros compromisos les impidieron asistir. Ana Pastor y Julián García Vargas, ambos ex – Ministros de Sanidad y, por encima de ello, personas de sumo reconocimiento en el sector, moderaron esta sesión de más de tres horas de duración. Este año se incorporó a la moderación Jordi Sevilla, senior councillor de PwC.

Las aportaciones realizadas a lo largo de la sesión fueron muy ricas y variadas. Por recomendación de los participantes, este año hemos seleccionado sólo 10 temas candentes, frente a los 15 del año pasado. Nos aseguramos con ello un mayor impacto de los temas seleccionados.

De la misma manera que en la primera edición, se ha tenido en cuenta que los problemas de la sanidad no son sólo los problemas de las Administraciones sanitarias, sino de un amplio complejo de instituciones y empresas públicas y privadas, cuya articulación armónica en el marco de una estrategia, implícita o explícita, más global, es la clave para que el sistema sanitario pueda cumplir su misión al servicio de los ciudadanos.

Participantes

El presente documento tiene su origen en las aportaciones del grupo de trabajo, cuyos participantes detallamos a continuación. Aunque su redacción final fue elaborada por el equipo de sanidad y farmacia de PwC, ésta hubiera sido simplemente imposible sin las aportaciones realizadas por ese grupo.

Un borrador previo al documento definitivo fue remitido con anterioridad a su publicación a todos los participantes en el debate, quienes, en algunos casos, realizaron nuevas aportaciones. Con todo, esto no significa, de igual manera que se expresó en el documento de 2010, que los participantes en la reunión, de deliberada composición plural, tengan que identificarse con la literalidad del documento final, ni siquiera con la selección de los temas identificados como candentes.

Por segundo año, desde PwC queremos agradecer las aportaciones de los participantes en la sesión: nada menos que su valioso tiempo, sus amplios conocimientos y su dilatada experiencia.

La relación de los participantes fue la siguiente:

Moderadores:

- **García Vargas, Julián**
Presidente de TEDAE, Ex-Ministro de Sanidad y Consumo y Defensa
- **Pastor Julián, Ana María**
Vicepresidenta 2ª del Congreso de los Diputados, Ex-Ministra de Sanidad y Consumo
- **Jordi Sevilla**
Senior advisor de PwC, Ex-Ministro de Administraciones Públicas

Participantes:

- **Abarca Cidón, Juan**
Director General, Grupo Hospitales de Madrid. Secretario General, IDIS
- **Alfonse, Margarita**
Secretaria General, FENIN^(*)
- **Ayerdi, Ignacio**
Director General, Philips Healthcare Iberia
- **Belones, Rai**
Consejero Delegado-Director General, Hospital Clínic, Barcelona
- **Blasco, Sergio**
Director Gerente, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia
- **Carreño, Daniel**
Presidente España y Portugal, GE Healthcare
- **Cervera, Manuel**
Consejero de Sanidad, Comunidad Valenciana

- **Colás, Javier**
Presidente, Medtronic
- **De Rosa, Alberto**
Director General, Ribera Salud
- **Fernández, Roser**
Directora General, Unió Catalana d'Hospitals^(**)
- **Martí, Jordi**
Director General, AMGEN
- **Martínez Hernández, Joaquín**
Director Gerente, Hospital 12 de Octubre, Madrid
- **Murillo, Javier**
Consejero Director General, ADESLAS
- **Ramentol, Jordi**
Consejero Director General, Grupo Ferrer Internacional, Presidente de Farmaindustria
- **Riera, José Ramón**
Director de Calidad e Innovación en Servicios Sanitarios, Gobierno de Asturias
- **Rodríguez Sendín, Juan José**
Presidente, Consejo General de Colegios de Médicos
- **Ruiz, Boi**
Presidente, Unió Catalana d'Hospitals^(***)

Responsables de la preparación del documento por parte de PwC:

- **Riesgo, Ignacio**
Leader consultoría Sanidad y Farma
- **González-Estéfani, Ana**
Senior Manager de consultoría Sanidad y Farma

^(*) Aunque, por motivos personales, no pudo participar en la reunión del 22 de noviembre, Margarita Alfonse fue muy activa en el resto del proceso.

^(**) Con fecha 29 de diciembre de 2010, Roser Fernández fue nombrada Secretaria General de Salud del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña.

^(***) Con fecha 28 de diciembre de 2010, Boi Ruiz fue nombrado Conseller de Sanitat de la Generalitat de Cataluña.

Índice

| | |
|---|----|
| 1. ¡Resolver la deuda! Un requisito imprescindible para abordar otros problemas del Sistema Nacional de Salud | 6 |
| 2. Un modelo de financiación que evite generar más deuda | 10 |
| 3. Sanidad no puede estar siempre sólo pidiendo más recursos | 16 |
| 4. El avanzar en la gobernanza del Sistema Nacional de Salud es inaplazable | 22 |
| 5. Hay que hablar de productividad del Sistema Nacional de Salud | 26 |
| 6. Una necesaria alianza entre aseguradores y provisosos privados | 32 |
| 7. Explotación de sinergias en el sector hospitalario | 36 |
| 8. Un momento de oportunidad para la colaboración público-privada | 40 |
| 9. Cohesión también en la política farmacéutica | 44 |
| 10. Preservar la innovación | 48 |

1

***¡Resolver la deuda!
Un requisito imprescindible para
abordar otros problemas del
Sistema Nacional de Salud***

Diversas estimaciones sitúan el déficit de la sanidad entre el 10 y el 15% de los presupuestos asignados a sanidad por las comunidades autónomas (59.738,14 millones de euros, en los presupuestos de 2010), pudiendo estimar que existe una deuda acumulada aforada que está entre los 10.000 y los 15.000 millones de euros. Precisamente el clarificar tanto el déficit sanitario como la deuda acumulada es una necesidad del sistema y un prerrequisito para la toma de cualquier medida.

Naturalmente todo esto repercute en los proveedores y, a la larga, en la obsolescencia tecnológica del sistema, que tendrá consecuencias en términos de calidad.

Esto es especialmente grave para las comunidades autónomas, ya que los gastos sanitarios representan entre un 30-40% de su presupuesto.

El hecho de que haya un déficit reconocido junto con otro déficit oculto (en forma de facturas no pagadas) puede poner en cuestión la credibilidad de las cuentas públicas de España y el crédito del Reino de España.

Lo más llamativo es que este grave problema no ha tenido el suficiente reconocimiento público, fuera de los ámbitos estrictamente sanitarios.

Prueba de ello es que ni siquiera se aborda en el Debate del Estado de la Nación de 2010¹ ni en el Informe Económico del Presidente del Gobierno, presentado el 12 de enero de 2011². Todo lo cual, por cierto, no dice mucho en cuanto a la capacidad del sector sanitario de traslación al debate nacional de sus problemas.

Aunque no hay datos oficiales recientes, todos los indicios apuntan a que el peso de la deuda sanitaria varía mucho de unas comunidades autónomas a otras siendo Andalucía, Cataluña y la Comunidad Valenciana donde el problema es más grave. Esto es, al menos, lo que se desprende de los datos del Informe 2007 del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario Público, cuyos últimos datos son de 2005 (Figura 1).

Figura 1:
Gasto desplazado de ejercicios anteriores a fin de cada ejercicio

| | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|--------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Andalucía | 1.086.077 | 975.389 | 1.178.710 | 1.303.220 | 1.357.858 | 1.498.278 | 1.573.254 | 1.570.740 |
| Aragón | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 43.399 | 118.568 | 34.404 |
| Asturias | | | | 35.211 | 66.606 | 128.979 | 144.551 | 116.132 |
| Baleares | 0 | 0 | 0 | 0 | 27.861 | 53.690 | 57.980 | 56.789 |
| Canarias | 28.145 | 58.924 | 45.734 | 53.594 | 48.625 | 184.937 | 17.370 | 48.738 |
| Cantabria | 0 | 0 | 0 | 20.748 | 19.110 | 33.271 | 41.525 | 28.130 |
| Castilla y León | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 150.408 | 258.643 | 233.738 |
| Castilla-La Mancha | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 71.119 | 0 | 93.000 |
| Cataluña | 1.234.950 | 1.341.047 | 1.444.787 | 1.530.882 | 1.769.734 | 2.175.896 | 1.928.310 | 1.536.480 |
| Com. Valenciana | 344.934 | 337.292 | 469.777 | 643.691 | 817.696 | 1.111.633 | 1.222.924 | 1.112.924 |
| Extremadura | 0 | 0 | 0 | 0 | 14.400 | 73.959 | 123.014 | 118.960 |
| Galicia | 62.832 | 102.318 | 128.396 | 168.220 | 93.811 | 218.061 | 389.832 | 176.661 |
| Madrid | 0 | 0 | 0 | 0 | 125.038 | 223.579 | 407.618 | 281.115 |
| Murcia | 0 | 0 | 0 | 0 | 45.480 | 93.025 | 153.134 | 165.148 |
| Navarra | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1.075 |
| País Vasco | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| La Rioja | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 2.756.938 | 2.814.970 | 3.267.404 | 3.755.566 | 4.386.219 | 6.060.234 | 6.436.723 | 5.574.035 |

Fuente: Informe 2007 del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario Público. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

¹ Propuestas de resolución presentadas por los Grupos Parlamentarios y Resoluciones aprobadas por el Pleno de la Cámara, Boletín Oficial de las Cortes Generales, Congreso de los Diputados, 29 de julio de 2010, núm. 434, págs. 1-63.

² Oficina Económica del Presidente del Gobierno, Informe Económico del Presidente del Gobierno 2010. Madrid, diciembre 2010.

Durante el año 2010 el Gobierno ha abordado medidas para reducir el déficit público. Concretamente en el mes de mayo, se aprobaron recortes de gastos para 2011 cercanos a los 10.000 millones de euros³ (Figura 2 y Figura 3).

Figura 2.
Medidas de recorte del gasto público

| | Ahorro estimado (millones de euros) | |
|----------------------------------|--|--------------|
| | 2010 | 2011 |
| Recorte salarios sector público | 3.169 | 2.472 |
| Congelación pensiones | | 1.530 |
| Cambios jubilación parcial | 250 | 150 |
| Eliminación cheque bebé | | 1.250 |
| Reducción gasto en medicina | 275 | 1.025 |
| Cambios Ley Dependencia | | 300 |
| Reducción Ayuda Desarrollo | 300 | 500 |
| Recorte inversión pública | 2.125 | 2.125 |
| Ahorro CCAA y CCLL | 600 | 600 |
| Total (millones de euros) | 6.719 | 9.952 |
| Total (% PIB) | 0,6% | 0,9% |

Fuente: Estrategias España 2011. Ahorro Corporación. Estrategia y Análisis, 22 de noviembre de 2010

Figura 3.
Otras medidas de ahorro

| Ahorro estimado (2010-2011) | |
|-----------------------------|-------------|
| Eliminación Plan E | 0,8% |
| Reforma impuestos PGE 2010 | 1,0% |
| Plan de acción inmediata | 0,5% |
| Total (% PIB) | 2,3% |

Fuente: Estrategias España 2011. Ahorro Corporación. Estrategia y Análisis, 22 de noviembre de 2010

Si bien es cierto que en los últimos meses se ha impuesto un discurso de austeridad, y que la crisis puede suponer una palanca para mejorar la eficiencia de las organizaciones sanitarias, la deuda sanitaria continúa siendo el “síntoma” de una enfermedad para la que no se han aplicado aún soluciones con el valor necesario.

Las dificultades que se están encontrando las comunidades autónomas para financiar la actividad sanitaria se están trasladando a los proveedores privados, un ámbito en el que cada vez más las empresas están sufriendo los retrasos en los pagos y que puede hacer peligrar la viabilidad de algunas compañías.

Los más perjudicados son los laboratorios farmacéuticos y los fabricantes de productos sanitarios. La deuda de medicamentos y productos

sanitarios a 30 de septiembre de 2010 ascendía a 6.875 millones de euros, de los que sólo Andalucía, la Comunidad Valenciana y Madrid computan el 50% (Figura 4). Incluso muchos proveedores tienen que soportar demoras en los pagos superiores a los 600 días, siendo las comunidades autónomas que más dilatan los pagos Cantabria (709 días), Baleares (645 días) y Murcia (612 días)⁴. Así, podemos hablar de una financiación indirecta de las comunidades autónomas a cargo de los proveedores sanitarios.

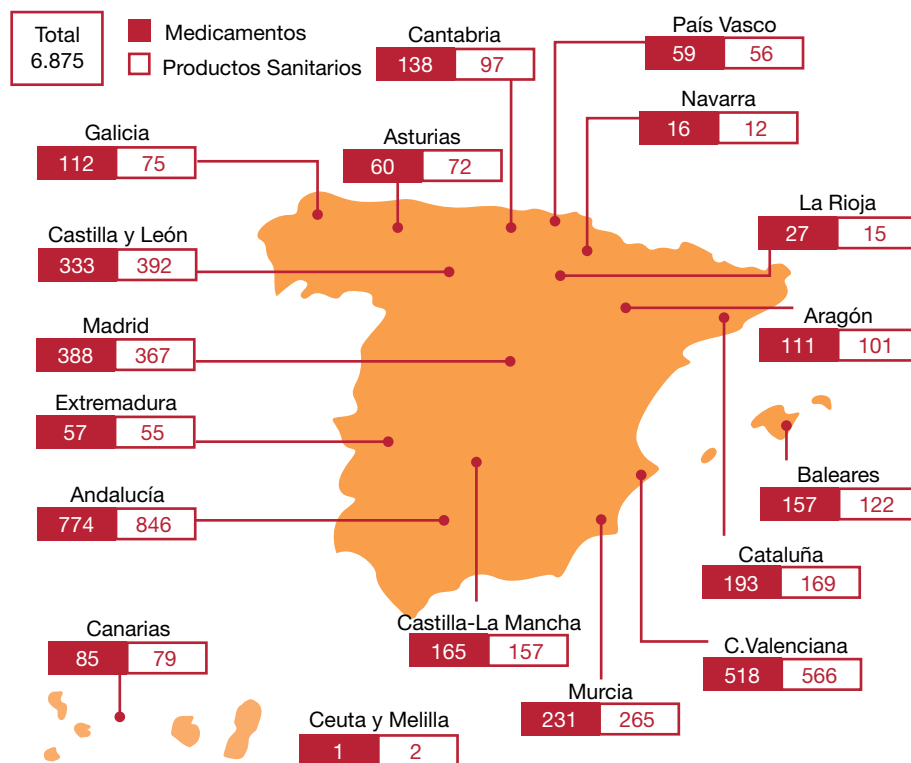
Las empresas que sufren esta situación son tanto las multinacionales –que ven reducido su crédito ante sus sedes, con el consiguiente impacto en la inversión en nuestro país– como, sobre todo, las pequeñas y medianas empresas nacionales, que no pueden resistir este contexto de grandes retrasos en los pagos.

³ Ahorro Corporación. Estrategia y Análisis, 22 noviembre 2010.

⁴ Observatorio del Medicamento (FEFE). Octubre 2010.

Con el objetivo de aliviar la situación de impago en la que se encuentran las empresas, en 2010 se reformó la Ley de Morosidad⁵, por la cual la Administración está obligada a pagar a sus proveedores en un plazo máximo de 50 días en 2011, de 40 días en 2012 y de 30 días a partir de 2013. En caso de no pagar a tiempo, la Administración deberá pagar intereses a las empresas, facilitando además a éstas que no tengan que ir a juicio para reclamar los intereses. Estas garantías en realidad suponen una ficción en el contexto actual, mientras no se atajen los problemas de fondo, ya que la ley garantiza unos derechos, pero no las disponibilidades presupuestarias que permitan afrontar el pago de la deuda. El desarrollo de industrias de alto valor añadido para la economía española, como son la industria farmacéutica y la de tecnologías sanitarias, requiere el apoyo de la Administración Pública, que debe afrontar sin más dilación el pago de la deuda. Pero además debe ser transparente y reducir las actuales incertidumbres, con perspectiva suficiente como para que las medidas de austeridad no interfieran en la necesaria concurrencia en las licitaciones, ni lastren potenciales inversiones que benefician a la sociedad.

Figura 4.
Deuda sanitaria de las comunidades autónomas (millones de euros). Datos a 30 de septiembre de 2010



Fuente: Observatorio del Medicamento, a partir de datos suministrados por FENIN y Farmaindustria. Octubre 2010.

Implicaciones

- La primera implicación es que el sector sanitario debe ser mucho más activo en la traslación de sus problemas al conjunto de la sociedad. Es difícil de entender cómo este grave problema de la deuda sanitaria no ha logrado entrar en el debate político y económico general.
- Afloramiento y saneamiento de la deuda sanitaria. Debe instrumentarse alguna medida para que las comunidades autónomas puedan sanear sus deudas del sistema sanitario. Es evidente que no hay solución financiera creíble que pase por la existencia de una deuda histórica, que está gravitando sobre proveedores del sistema. No se trataría tanto de que el Estado central se hiciera cargo de esta deuda, sino de una operación de afloramiento primero y, a continuación, de dar los instrumentos para que las comunidades autónomas pudieran sanearla.
- Es urgente tener un plan de pago de la deuda. Este plan debe ser conocido y público y consensuado con las empresas del sector.

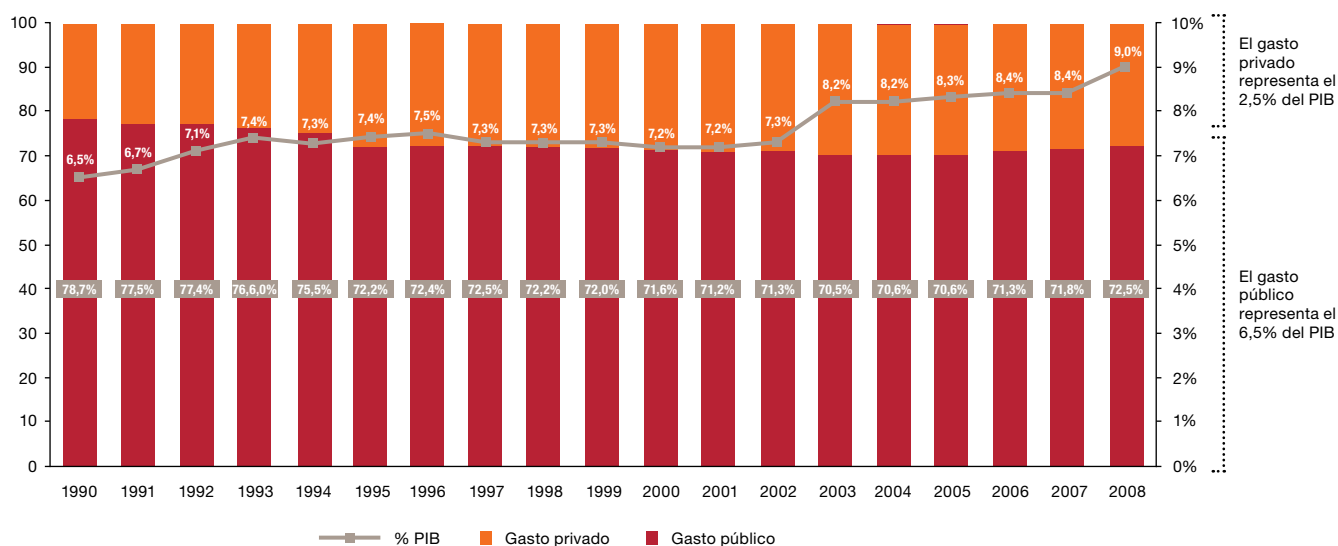
⁵ Ley 15/2010, de 5 de julio, de modificación de la Ley 3/2004, de 29 de diciembre, por la que se establecen medidas de lucha contra la morosidad en las operaciones comerciales. Publicado en el BOE el 6 de julio de 2010.

2

Un modelo de financiación que evite generar más deuda

La desaceleración del crecimiento de nuestra economía, combinada con un crecimiento del gasto sanitario, ha producido un aumento de la proporción del PIB destinada al gasto sanitario, que durante 2008 se situó en el 9% (Figura 5). Lo cual quiere decir que ya no estamos en España tan lejos de la media de los países de la OCDE en cuanto a esfuerzo en financiación sanitaria.

Figura 5.
Proporción del gasto sanitario público y privado y peso sobre el PIB



Fuente: OCDE, Health Data 2010.

El fracaso histórico del modelo de financiación en España se ha debido, en gran parte, a que éste sólo funciona a base de periódicos saneamientos, que consisten en “poner el contador a cero” para, inmediatamente, generar más deuda.

Todas las comunidades autónomas han bajado su presupuesto en Sanidad para 2011. Lo cual quiere decir que si sanidad quiere cumplir el presupuesto, lo que sería algo nuevo, ya que en sanidad las desviaciones presupuestarias en el sector público son la regla, tendrá que apretarse el cinturón de forma seria.

El origen de esta situación es bien conocido. La crisis económica ha llevado a las finanzas públicas a un aumento muy considerable de los gastos, con una bajada muy marcada de los ingresos y la consiguiente generación de un importante déficit. Aunque en teoría de esta situación podría salirse aumentando impuestos o mediante operaciones de estímulo de la economía, en el contexto europeo lo que prima es la restricción del gasto público. En nuestro país esta disminución del gasto público se ha llevado también a Sanidad. Las comunidades autónomas han bajado de media su presupuesto

para sanidad –sobre el presupuesto inicial de 2010, no sobre el gasto final– en un 4,1%. Extremadura, Cantabria, Canarias y La Rioja destacan en esa bajada.

Sin embargo, esta opción no era la única que se podía haber tomado. En el Reino Unido, la bajada del nuevo Gobierno Cameron del gasto público en 6.200 millones de libras, respetó al Departamento de Salud y al National Health Service (NHS), lo que es compatible con que el Director General del NHS estima que van a tener un déficit de hasta 20 mil millones de libras

en los próximos tres años⁶, lo cual le obliga a hacer énfasis en la mejora de la productividad.

Esto quiere decir que en nuestro país, aparte de la crisis económica, se produjo la decisión política de bajar el presupuesto para sanidad. Y se hizo de forma unánime por parte de todas las comunidades autónomas, ya que ellas son las responsables de los presupuestos de los Servicios Regionales de Salud.

Es de suponer que esta decisión se toma bajo la presunción, posiblemente acertada, de que hay un gran campo para ahorrar en el sector sanitario mejorando la eficiencia, si bien se da en un contexto en que Sanidad acumula una deuda muy notable que se estima en torno a 15.000 millones de euros, siendo en este caso Andalucía, Cataluña y la Comunidad Valenciana las comunidades de mayor deuda, según los datos publicados por el Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario Público.

Todo esto se produce en el marco de una cierta prepotencia histórica de Sanidad frente a las autoridades económicas, con un cierto abuso del carácter de “bien preferente” de Sanidad. Siempre Sanidad mostró una cierta desconsideración hacia el presupuesto, que no era ni mucho menos un referente de gestión. Eran habituales las desviaciones reconocidas o las facturas en el cajón. Todo estaba justificado ante la necesidad de salvar vidas humanas. Lo anterior, unido al gran peso de la sanidad en las finanzas autonómicas, entre el 30 y el 40% de los presupuestos de las comunidades autónomas, ha llevado a las Consejerías de Hacienda a mantener un cierto recelo y una cierta impotencia frente al control del gasto sanitario.

Digamos que Sanidad se ha preocupado más por saltarse la lógica del gasto público que por explicar a las autoridades económicas la naturaleza y complejidades del gasto sanitario.

En estas circunstancias, enfrentada a la necesidad de reducir el gasto y de hacerlo a corto plazo, Sanidad lo tiene muy difícil. Hay muchas razones que explican esta dificultad: en primer lugar, el sector sanitario público no está acostumbrado a hacer esos esfuerzos de gestión; en segundo lugar, los impulsores de crecimiento del gasto sanitario siguen siendo muy activos, particularmente, el aumento de la demanda y las nuevas tecnologías médicas; en tercer lugar, un cierto doble lenguaje de los políticos, que por una parte prometen todas las prestaciones, mientras que por otra recortan el presupuesto; también, problemas de diseño institucional del Sistema Nacional de Salud, del que el gasto farmacéutico es sólo un ejemplo; y, por último, un sistema de gestión por naturaleza muy descentralizado y con gran autonomía de los profesionales, que tienen capacidad sobre muchas decisiones de gasto.

Puesto que el catálogo de prestaciones no se modifica, los ahorros de los que estamos hablando son costes que se podrían haber evitado sin un impacto negativo en la calidad. Hay amplias áreas tanto en el ámbito operacional como en el clínico donde es posible identificar y evitar el despilfarro. En el área operacional, temas como logística, revisión de procesos, sinergias entre hospitales, régimen laboral y productividad del personal, absentismo,... son áreas sobre las que se puede actuar. También sobre el área clínica: variabilidad en la práctica clínica, repetición de pruebas, errores médicos, infecciones hospitalarias, insuficiente orientación a crónicos,...

Muy difícil, pero el sector sanitario tiene que intentarlo y tiene que estar en condiciones, en su caso, de explicar las dificultades de abordarlo. Sanidad tiene que presentar su caso a las autoridades económicas. La solución no es salirse permanentemente de la lógica de las cuentas públicas.

⁶ The Economist, 13 de enero de 2011.



Los “tijeretazos” del Gobierno y los programas de reducción de costes llevados a cabo por las comunidades autónomas podrán tener efectos de choque para evitar mayores daños al sistema y, bien llevados, podrán contribuir a mejorar su eficiencia operativa, pero correrán el riesgo de, como en situaciones anteriores, ser sólo la antesala de una nueva generación de déficit, que rápidamente se transforma en deuda.

El problema de la insuficiencia de la financiación sigue aún sin respuesta; porque, ¿cómo asegurar que no se genere más deuda en los años venideros? ¿Mediante el aumento de la recaudación? ¿Reduciendo los créditos asignados a otras partidas de gasto? ¿Estableciendo la participación del usuario? ¿Revisando la cartera de servicios? ¿Limitando la introducción de las nuevas tecnologías y medicamentos de última generación?

Es evidente que si bien el hacer frente al pago de la deuda es un reto prioritario,

también lo es el lograr contenerla y evitar que siga creciendo y ello requiere, además de los obligados programas de reducción de costes y mejora de los niveles de productividad de los recursos sanitarios, introducir elementos reformistas en nuestro sistema sanitario con visión de coste-oportunidad. Hay que abandonar la visión de “oportunidad política” y adoptar la de “oportunidad social”.

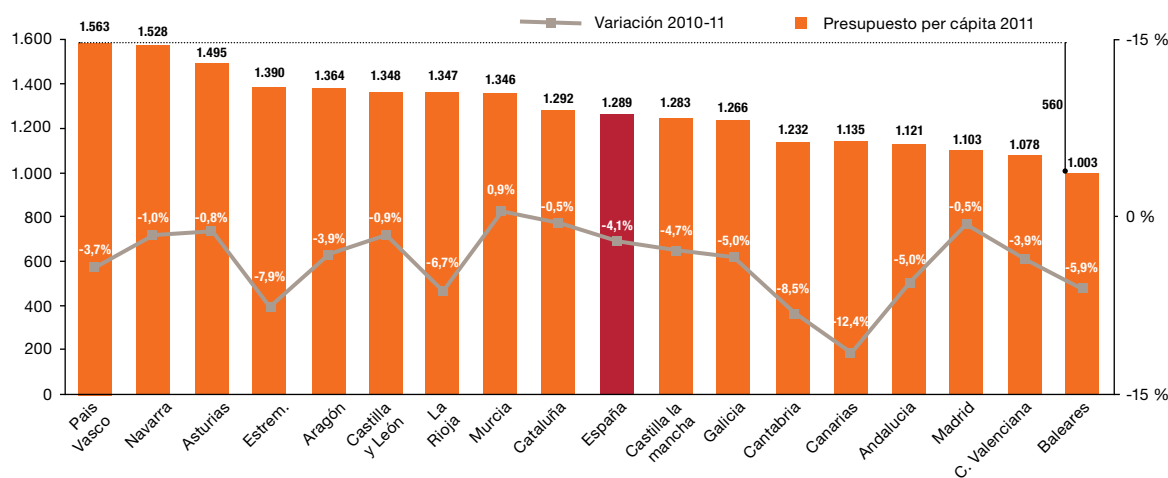
Habrà que discernir sobre el modelo de prestaciones que queremos y sobre la sanidad que nos podemos permitir, porque no hay dinero para todas. Evaluar las prestaciones contenidas en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, sacar las que aportan menos valor al ciudadano e incluir las más coste-efectivas (un límite generalmente aceptable para el coste-efectividad es dos veces el PIB per cápita para cada AVAC ganado: por ejemplo, en Reino Unido 30.000 libras; de esta forma la cartera de servicios se tendrá que desarrollar y expandir de forma

gradual en línea con el desarrollo económico⁷). Con efectos a más largo plazo, introducir elementos de gestión de la demanda y concienciación y consolidar un sistema eficaz de prevención y de promoción de hábitos de vida saludables.

Se trata, en definitiva, de lograr un sistema que gaste sólo en lo imprescindible si no queremos ver un deterioro progresivo en la calidad de las prestaciones más importantes o limitaciones a la introducción de tecnologías de alto valor en medicina.

Los recortes presupuestarios en 2011 suponen una financiación un 4,1% inferior a 2010⁸, lo cual es preocupante dado que el año anterior se generó una deuda histórica con un presupuesto mayor. Pero es que además la financiación sanitaria actual muestra importantes diferencias territoriales (Figura 6), donde la comunidad autónoma con un mayor presupuesto per cápita (País Vasco) supera en 560 euros a la de menor presupuesto (Baleares). Adicionalmente, se da la paradoja de que algunos territorios con menor financiación per cápita han reducido su presupuesto en 2011 muy por encima de la media española, incluso en los casos de mayor morosidad, como Cantabria y Baleares.

Figura 6.
Presupuesto sanitario total per cápita (€), 2010



Fuente: FADSP

⁷ Busse R, Schreyögg J, Gericke C. Analyzing Changes in Health Financing Arrangements in High-Income Countries. A Comprehensive Framework Approach. HNP Discussion Paper. The World Bank. February 2007.

⁸ FADSP, a partir de los datos correspondientes a los presupuestos autonómicos de 2011.

Con independencia de las soluciones que se apliquen, en último término habrá que garantizar unos procesos de presupuestación fiables y equitativos, implantar instrumentos eficaces de vigilancia del gasto, y eliminar la actual “permisividad” con las desviaciones presupuestarias: el presupuesto habrá de cumplirse. Ello no quita que sea necesario analizar en profundidad la suficiencia de la financiación, que no es objeto de desarrollo en este informe.

Implicaciones

- Es fundamental que Sanidad entre en la lógica de la presupuestación pública. No puede seguir utilizando el carácter de “bien preferente” de la sanidad para salirse de esa lógica, ya que, a la larga, esto no llevará más que a problemas no deseables con el financiador. Dentro de esa lógica, Sanidad debe estar preparada para explicar las complejidades e impulsores del gasto sanitario.
- Una vez fijado el nivel de gasto en los presupuestos generales del Estado y de cada comunidad autónoma, será necesario poner en marcha mecanismos de seguimiento y control presupuestario, de tal forma que no sea posible superar el gasto establecido en el presupuesto. Y probablemente las Consejerías de Hacienda tendrán que cobrar un papel más relevante para asegurar el cumplimiento de los presupuestos y no permitir la generación de deuda.
- Habría que considerar la posibilidad de establecer la obligatoriedad de auditoría externa para todas las instituciones sanitarias. El sistema necesita adoptar disciplina contable y rigurosidad en el seguimiento.
- Debe evitarse la introducción de mecanismos que no aportan valor al sistema, como son los pagos por actividad.

3

Sanidad no puede estar siempre sólo pidiendo más recursos

La situación financiera del sistema sanitario es muy complicada, y lo seguirá siendo durante 2011, ya que habrá que atender una demanda con tendencia creciente con menos recursos que en 2010. Y dado que la cartera de servicios o prestaciones sanitarias no va a disminuir, y que por el momento no se contemplan fuentes de financiación alternativas, existe una necesidad de “hacer más con menos”.

Sanidad como sector sólo ganará credibilidad ante el conjunto de la sociedad y ante las autoridades económicas si, al mismo tiempo que demandar los recursos necesarios y verosíblemente crecientes que requiere la atención sanitaria, es capaz de llevar a cabo una gestión económica rigurosa.

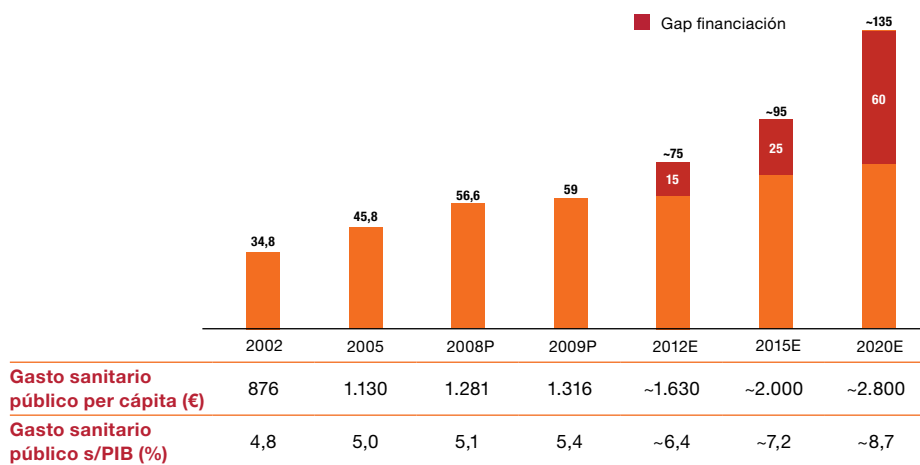
Para 2011, ante la disminución del presupuesto, y sin perjuicio de las medidas estructurales con efecto a medio y largo plazo de reorganización de la asistencia, necesita un auténtico “plan de choque” que asegure un cumplimiento del mismo. Esto obliga a analizar partida por partida la

pertinencia de cada gasto, sin olvidar lo que más peso tiene en el gasto sanitario: los gastos de personal.

Según un estudio reciente⁹, de continuar el ritmo de crecimiento anual, el gasto sanitario podría duplicarse en diez años hasta los 135.000 millones de euros, pudiendo llegar la brecha de financiación hasta 60.000 millones de euros (Figura 7).

El Departamento de Salud del Reino Unido desarrolló en el primer trimestre de 2009 un análisis para identificar las medidas y desarrollar programas que le permitieran alcanzar una productividad

Figura 7. Evolución del gasto sanitario público de las comunidades autónomas (miles de millones de euros)



Fuente: FEDEA

⁹ Impulsar un cambio posible en el sistema sanitaria. Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA) 2009.

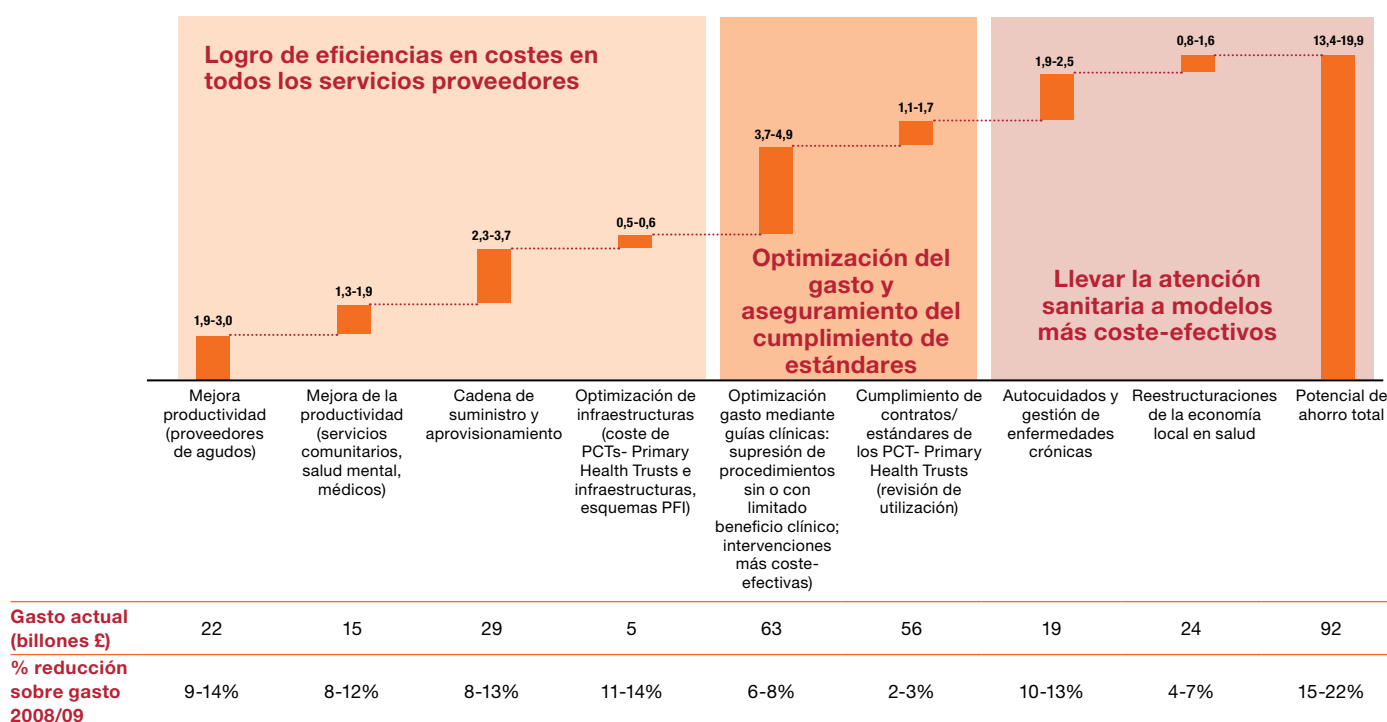
de primer nivel en el National Health Service (NHS)¹⁰. Mediante la implantación de los programas de optimización de costes planteados, el NHS podría conseguir potenciales ahorros que oscilarían entre el 15 y el 22% del gasto actual, o lo que es lo mismo, entre 13 y 20 billones de libras durante los siguientes 3-5 años. Esta reducción se lograría actuando sobre proveedores, reduciendo la variabilidad de la práctica clínica e implantando modelos de atención más coste-efectivos (Figura 8).

Un estudio posterior¹¹ evaluó la naturaleza del reto de mejorar la eficiencia del NHS, detectando unas necesidades de financiación en 2013-14 de 126 millones de libras, que supondrían un *gap* de 21 millones de libras frente al año 2010-2011, si no se

produjera un incremento real en la financiación o en la eficiencia en ese periodo de tres años. Tras valorar las vías para solucionar el déficit (más impuestos, reducción del gasto o mejora de la eficiencia), el estudio establece como mejor solución el “exprimir” valor añadido extra de cada libra que se destina a sanidad, incrementando la eficiencia del sistema en un 6%.

Un escenario tan ambicioso puede parecer ilusorio; indudablemente no es alcanzable con recortes de gastos que al final sólo suponen una parte reducida del volumen de gasto global: por ejemplo, la centralización de compras en la actualidad tiende a abarcar productos que únicamente suponen una cuarta parte del coste total de las compras, pero no suele entrar en aquellos productos de alto coste (como las prótesis e

Figura 8. Desglose del potencial de ahorro mediante la implantación de oportunidades identificadas (billones £; ahorros potenciales recurrentes 2013-2014)



Fuente: Department of Health. Marzo 2009

¹⁰ Achieving World Class Productivity in the NHS 2009/10 – 2013/14: Detailing the size of the opportunity. Department of Health. Marzo 2009.


¹¹ Appleby J, Ham C, Imison C, Jennings M. Improving NHS productivity. More with the same not more of the same. The King's Fund. July 2010.

implantes), para los cuales el conocimiento técnico y la opinión del médico es muy relevante, y constituye una partida con un potencial de optimización muy importante. Es necesario empezar a incidir en ámbitos que aún no se han abordado suficientemente y que condicionan enormemente el gasto.

Los programas de reducción de costes en el sector sanitario deben acometer, de manera simultánea, medidas de carácter estructural y de mejora continua, como se recoge a modo de ejemplo en la Figura 9. Así, unas medidas están más dirigidas a ganar eficiencia en las áreas de soporte a la actividad clínica, mientras que otras, de carácter más estructural, requieren cambios en profundidad e implicar a ámbitos clínicos.

La crisis constituye una buena oportunidad para reducir costes y mejorar la eficiencia, pero será además necesario tener una visión a más largo plazo, donde la mejora de los resultados en salud (*outcomes*) permitirá ahorrar costes en el futuro. Es necesario identificar estas ganancias potenciales y tratar la esperanza de vida como un *outcome* del gasto sanitario. Según un informe de la OCDE¹², la esperanza de vida al nacer podría incrementarse en más de 2 años en promedio en el conjunto de la OCDE, si manteniendo el gasto sanitario constante, todos los países se tornaran tan eficientes como los que demuestran un mejor desempeño; por el contrario, un incremento del 10% en el gasto sanitario aumentaría la esperanza de vida en sólo 3 o 4 meses si el grado de ineficiencia se mantuviera invariable.

Figura 9.
Algunos ejemplos de ámbitos de medidas de reducción de costes

| | | Impacto potencial en ahorro | Dificultad en implantación |
|--|--|---|---|
| Medidas de carácter estructural | <p>Suponen cambios significativos en procesos clave de la cadena de valor del servicio sanitario</p> <ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de sinergias: modelos multihospital • Plataformas comunes de diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> - Unidad central de diagnóstico por imagen - Unificación de laboratorios clínicos • Adecuación de la indicación diagnóstica y terapéutica |  Muy Alto |  Alto |
| Medidas de mejora continua | <p>Orientadas a la mejora de eficiencia en las áreas de soporte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestión de recursos humanos • Cadena de suministro • Sistemas de información • Gestión del equipamiento |  Variable |  Variable |

Fuente: Elaboración propia PwC

¹² Healthcare Systems: efficiency and policy settings. OECD 2010.

Implicaciones

- Las comunidades autónomas deberán desarrollar programas integrales de reducción de costes y mejora del rendimiento del sistema, que permitan obtener resultados de eficiencia en el corto plazo, como por ejemplo:
 - *Personas*: gestión proactiva del absentismo, desarrollo de *benchmarks* de productividad de plantillas y adecuación de las mismas, simplificación de estructuras organizativas, modelos de incentivos efectivos (alineación con criterios de eficiencia y resultados), equilibrio en las cargas de trabajo, automatización de procesos administrativos que permitan al personal asistencial una mayor dedicación al paciente (el estudio del Department of Health del Reino Unido evidenció que las enfermeras sólo dedicaban un 41% de su tiempo a la actividad asistencial directa, las matronas un 55%), movilidad de profesionales y mayor flexibilidad.
 - *Reducción de errores*, mediante el diseño de procesos basados en la evidencia científica.
 - *Gestión de recursos clínicos*: disminución de estancias evitables (sólo las estancias evitables causadas por efectos adversos prevenibles causan en España un gasto aproximado de 400 millones de euros al año¹³), evitar la duplicidad de pruebas, redefinición de circuitos y tiempos que permitan optimizar la utilización de recursos clínicos, no mantener equipos obsoletos que generan continuas averías y hacen suspender la actividad.
 - *Cadena de suministro y contrataciones externas*: protocolización clínica, guías farmacoterapéuticas centralizadas, estandarización de productos, optimización de contratos con proveedores, negociaciones a largo plazo y niveles de servicio, centralización de compras y stocks, reducción de inventarios en almacenes, plantas y consultas, catálogos de productos, automatización de procesos logísticos, racionalización de proveedores, eficiencia energética.
 - *Costes generales*: estandarización de procedimientos (por ejemplo, en viajes), optimización de las actividades promocionales y de marketing, rediseño y automatización de procesos (call center, portal del empleado,...), externalización de servicios que no aportan valor y se demuestran más coste-efectivos, etc.
 - *Inversiones*: estandarización y simplificación de niveles de especificaciones de obras, estandarización del parque de equipos, externalización de infraestructuras tecnológicas, compra de equipamiento

¹³ Diario Médico. 15 de diciembre de 2010.

centralizada, *pricing* basado en resultados (por ejemplo, en el ámbito de sistemas de información, traslado de riesgos al proveedor), otros.

- Se habría de generalizar la realización de *benchmarks* entre centros sanitarios, no sólo dentro de cada comunidad autónoma sino a escala nacional, evidenciando los mejores “performers” en términos de rendimiento y de resultados en salud.
- Se deberán introducir en el sistema modelos de autocuidados y apoyo al paciente, reforzar las actividades preventivas y la atención adecuada a enfermos crónicos, introducir

elementos de contención de la demanda (el papel de los profesionales será crucial en la concienciación de los pacientes), realizar una evaluación en profundidad de prestaciones y tecnologías sanitarias, para eliminar aquellas que no aportan valor, e incorporar únicamente las que se demuestren coste-efectivas, analizar la variabilidad de la práctica clínica especialmente en procesos de alto coste, minimizar eventos adversos y problemas de seguridad asistencial, se continuarán valorando las oportunidades de colaboración público-privada para nuevas inversiones.



4

El avanzar en la gobernanza del Sistema Nacional de Salud es inaplazable

influencia en aspectos de interés común.

Se han expresado por parte de voces autorizadas los déficits del Ministerio de Sanidad en el necesario esfuerzo de coordinación de nuestro Sistema Nacional de Salud, algo, por otra parte, previsto en nuestro ordenamiento jurídico. “No hay un sistema de gobernanza eficaz y el Ministerio de Sanidad ha tirado la toalla en la coordinación del Sistema Nacional de Salud”¹⁶.

El buen funcionamiento de nuestro Sistema Nacional de Salud requiere el ejercicio de un liderazgo eficaz. Sin ser el único, el papel del Ministerio de Sanidad, en el ejercicio de sus funciones constitucionales de coordinación, es muy relevante. Implica definir las necesidades sanitarias y la cartera de servicios de forma común a todas las comunidades autónomas, sin depender de fuerzas políticas; requiere transparencia y rendición de cuentas, así como la apertura a la participación de los ciudadanos en todas las decisiones¹⁷.

La participación pública constituye un mecanismo fundamental para asegurar

que los ciudadanos puedan compartir con el gobierno del sistema sanitario sus preferencias y sus perspectivas en los procesos de toma de decisiones sobre políticas de salud. Esto requiere darles “poder” (*empowerment*) mediante el acceso a información sobre salud, sobre intervenciones sanitarias, sobre el sistema sanitario y sobre el gobierno del sistema sanitario. El concepto de participación pública en sistemas sanitarios se puede entender mejor a través del análisis de los roles en la toma de decisiones de los distintos grupos de interés. La Figura 10 proporciona algunos ejemplos sobre las diferentes responsabilidades que pueden contribuir a la toma de decisiones en salud.

El debate sanitario está hoy centrado en las tensiones presupuestarias y la suficiencia de los recursos sanitarios. Sin embargo, los problemas que está sufriendo el Sistema Nacional de Salud están en buena parte condicionados por limitaciones de buen gobierno en el conjunto del sistema. Sin un entorno de buen gobierno no caben ni una buena gestión, ni buenos servicios¹⁴.

Nuestro Sistema Nacional de Salud tiene un déficit de liderazgo a nivel general y en cada una de las instituciones que lo componen una ausencia de órganos de gobierno a los que se responda y se haga rendición de cuentas del adecuado uso de los recursos públicos, tanto a nivel central como autonómico. Porque los valores principales del buen gobierno son la transparencia, la rendición de cuentas y la gestión eficiente de las organizaciones, situándose nuestro sistema sanitario aún lejos de alcanzarlos.

El buen gobierno es un ejercicio de autoridad política, económica y administrativa para la gestión de asuntos nacionales a todos los niveles¹⁵. Esta definición aglutina los complejos mecanismos, procesos, relaciones e instituciones mediante los que ciudadanos y grupos articulan sus intereses, ejercitan sus derechos y obligaciones y median sus diferencias. Esto implica formular las políticas de salud, definir la visión y dirección estratégica a tomar, así como ejercer

Figura 10.
Ejemplos de diferentes roles en la toma de decisiones en salud

| | |
|--|---|
| El Estado protege y promueve la salud de la ciudadanía | Liderando la política sanitaria y construyendo consenso sobre prioridades en salud y aspectos éticos. Regulando la financiación sanitaria, la compra y provisión de servicios, así como las profesiones sanitarias. Estableciendo indicadores públicos de salud para proteger y mejorar la salud y la equidad. Generando y utilizando la “inteligencia” en materia de salud. |
| Los ciudadanos y los pacientes también tienen responsabilidades | Individuos y familias comparten responsabilidad en torno a su propia salud. Participan en decisiones de política sanitaria mediante procesos locales y nacionales. Son responsables y conocedores de los servicios sanitarios y sistema de aseguramiento. Son ciudadanos activos involucrados en la acción comunitaria para la salud. |
| Otros sectores de la economía con responsabilidad en salud | Las empresas protegen y mejoran la salud de sus empleados. Los fabricantes aseguran que sus productos y publicidad mantienen la salud. Los educadores aseguran que los principios de vida saludable son entendidos. Los trabajadores sanitarios proporcionan información y educación para la salud. |

Fuente: Ninth Futures Forum on health systems governance and public participation. Amsterdam, The Netherlands, Octubre 2005. World Health Organization.

¹⁴ Presentación: XXVII Jornadas de Economía de la Salud “El Buen Gobierno de la Sanidad”. Gac Sanit 2007; 21 (Supl 1):2-4

¹⁵ The World Health Report 2000 – Health Systems: improving performance. World Health Organization, 2000.

¹⁶ García Vargas, Julián. Diario Médico, 22 de noviembre de 2010.

¹⁷ Del Llano Señarís J. Sanidades autonómicas ¿solución o problema? Círculo de la Sanidad, 2009.

Existen experiencias de participación pública en diversos países. Hasta el año 1997, en el Reino Unido, la implicación de ciudadanos y pacientes en la política sanitaria se limitaba a diversas formas de consulta y representación, mediante la pertenencia a los órganos de gobierno de compradores y proveedores de salud, así como de los consejos locales. A partir de entonces, la responsabilidad de la política sanitaria ha sido delegada en gran medida en las asambleas y parlamentos de Escocia, Gales e Irlanda del Norte; en Inglaterra, los mecanismos de voz incluyen: grupos focales y jurados ciudadanos para determinar las perspectivas de los pacientes, utilizados por los compradores de servicios a nivel local y por organismos nacionales como el *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)*. La Comisión de Salud realiza una encuesta anual de la experiencia de pacientes y cuidadores con NHS. Más recientemente, el Ministerio de Salud ha llevado a cabo un ejercicio de consulta nacional denominado *Your Health, Your Care, Your Choice* (Tu Salud, Tu Cuidado, Tu Elección), que ha permitido a 40.000 personas expresar sus puntos de vista.

Holanda tiene un sistema mixto de participación mediante voz, representación y elección. La participación es elevada, en torno al 17% de la población que pertenece a una o más organizaciones de pacientes y consumidores de salud. Por otra parte, el Ministerio de Salud, Bienestar y Deporte apoya al movimiento de pacientes y consumidores como un socio de gobierno de salud. Cabe señalar el papel de la Federación de Organizaciones de Pacientes y Consumidores de Salud que, junto con el

Real Colegio de Médicos y la Asociación Nacional de Hospitales, forma parte de un órgano conjunto que presta apoyo y maneja una red nacional de centros asesores a pacientes y consumidores a nivel local y complejas oficinas en los hospitales para el seguimiento de quejas y reclamaciones. Publica un importante informe anual con gran repercusión mediática y actualmente planea generar *ratings* de desempeño hospitalario sobre la base de estándares definidos sobre pacientes. Este órgano también desarrolla guías de práctica clínica.

El proceso de establecimiento de prioridades sanitarias en Canadá comienza reclutando ciudadanos interesados en contribuir en la elaboración de políticas creando un “pool”. Este grupo de personas recibe en primer lugar información de expertos sobre el tema concreto. A continuación, quedan aislados y continúan recabando información. Después de algunos meses, tiene lugar un encuentro entre el grupo y los expertos y se inicia el debate.

En Suecia, la participación pública se consigue fundamentalmente a través de información y consulta, pero las prioridades se basan en el análisis experto y el liderazgo político. Otros países, como Francia, Alemania, Bélgica, Suiza o Portugal, cuentan con diversas experiencias de participación pública con mayor o menor impacto.

El sistema sanitario público español sigue destacando en la comparación internacional con otros sistemas integrados públicos con características similares a nuestro Sistema Nacional de Salud, como los del Reino Unido o de los países nórdicos, por carecer de órganos

colegiados de gobierno (Consejos de Administración/ de Gobierno, Patronatos), por una cierta desprofesionalización de la gestión y por carecer de instrumentos eficaces de participación y de consulta a profesionales sanitarios y a ciudadanos. La Figura 11 recoge prácticas de buen gobierno en estos países.

Un objetivo central para el Sistema Nacional de Salud es el buen gobierno de sus centros, que conduce a la eficiencia y rentabilidad social de las instituciones, utilizando como activos de valor la transparencia y la confianza en los procesos de gestión al servicio de la sociedad. La cultura de buen gobierno debe desarrollarse desde los órganos centrales y desplegarse a todos los niveles, y requiere implantar sistemas de evaluación e instrumentos de control que garanticen la veracidad y transparencia de todas las actuaciones del sistema.

Así pues se evidencia la necesidad de que exista en nuestro país un órgano ejecutivo que coordine los cambios del sistema sanitario, gestione las diferencias existentes en las comunidades autónomas (sobre todo cuando estas diferencias afectan a desigualdades en la atención sanitaria y a las prestaciones que se ofertan en el conjunto del país) y desarrolle mecanismos de participación de los ciudadanos en la definición de prioridades y políticas sanitarias.

Figura 11.
Prácticas de buen gobierno en algunos países europeos

| | |
|-------------------------------|--|
| Consenso | Existencia de consenso político y social sobre el buen gobierno en la Administración y servicios públicos, que incluye su gestión no-partidaria y una administración pública políticamente neutral, estable y profesionalizada. |
| Órganos colegiados | Existencia de Órganos colegiados de gobierno (Consejos de Administración) en todos los niveles de la sanidad pública. Estos Consejos tienen la máxima autoridad y son un cauce de participación democrática y de control social y cívico de los servicios públicos. |
| Gestores profesionales | Los centros disponen de gestores profesionales, seleccionados por su capacidad, que responden ante los Consejos y no tienen carácter de nombramiento político. |
| Autonomía | Gran autonomía de gobierno y gestión, tanto a nivel central (respecto a la Administración general) como a nivel local (hospital, área, etc.). |
| Cultura política | Existencia de una cultura política democrática, de normas y códigos de conducta que obligan a un alto nivel de transparencia y de rendición de cuentas. Exigencia democrática de justificación, explicación y debate de las decisiones políticas, que van precedidas de informes (libros blancos) sometidos a conocimiento y discusión pública de ciudadanos y expertos. |

Fuente: Nuevos Retos para la Profesión Médica: una aportación al debate social. Reflexiones a raíz del II Congreso de la Profesión Médica. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. 2010.

Implicaciones

- El SNS no puede continuar evolucionando sin una dirección clara, ya que la ausencia de liderazgo y coordinación de las políticas autonómicas continuará generando cada vez mayores desigualdades entre territorios. Es urgente definir las competencias y atribuciones del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, cuyo papel ante el SNS no puede limitarse a la presidencia del Consejo Interterritorial, sino a una personificación permanente ante el sistema y a un esfuerzo de ejercicio de sus competencias institucionales: la coordinación y el estímulo a la cooperación. Debe ser, en último término, máximo responsable del cumplimiento de los criterios de equidad, accesibilidad y calidad de los servicios sanitarios.
- Es necesario que el Ministerio establezca los mecanismos que le permitan coordinar el sistema, cohesionar las políticas, establecer las prioridades en salud, facilitar información transparente sobre el funcionamiento del sistema a la población y actuar como garante de la equidad.
- El desarrollo de instrumentos fiables para la rendición de cuentas debe ser acometido con premura, así como ofrecer información transparente sobre las actuaciones, utilización de recursos y resultados del sistema sanitario al conjunto de la población, estableciendo sistemas de rating de centros sanitarios a nivel estatal.
- Se habrá de impulsar modelos de participación de todos los agentes del clúster de sanidad (empresas farmacéuticas, de tecnologías médicas, asociaciones profesionales, etc.) y muy en especial la participación ciudadana, en procesos de toma de decisiones sobre políticas sanitarias y para el establecimiento de prioridades en salud. Otros países han desarrollado ya experiencias interesantes en las que nos podemos fijar a la hora de definir el modelo español.

5

Hay que hablar de productividad del Sistema Nacional de Salud

En España se han elaborado pocos estudios sobre la productividad del sistema sanitario y su eficiencia. Uno de ellos, ya no reciente¹⁸, analiza la eficiencia de un conjunto de hospitales españoles tras la introducción del contrato-programa, en la época del INSALUD. Utilizando la metodología del análisis envolvente de datos, se identifican mejoras de eficiencia tras la introducción de los contratos-programa en 1992.

En otros países los análisis de productividad son más comunes. Recientemente, el Director General del National Health Service (NHS) del Reino Unido, David Nicholson, decía¹⁹ que la productividad en el NHS había permanecido estática desde 1997, con lo cual necesita un incremento del 4% anual en los próximos tres años. Evidentemente, sólo midiendo la productividad puede gestionarse.

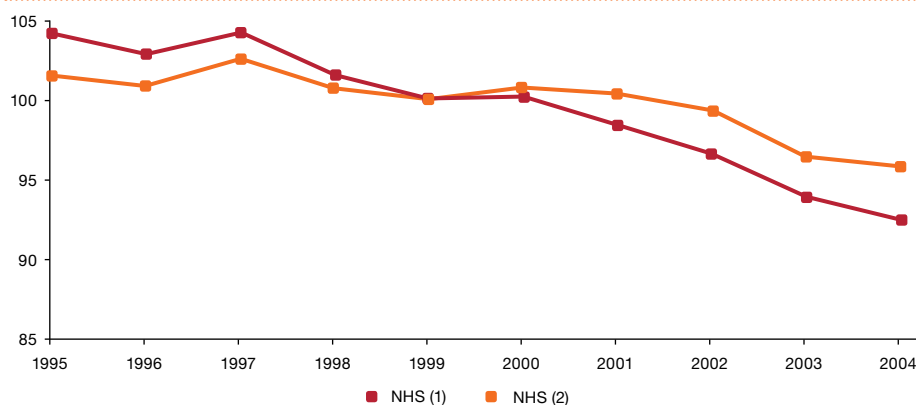
Un estudio reciente elaborado en Cataluña²⁰ evalúa la productividad como la relación entre los recursos que se asignan (inputs) y los resultados que se obtienen (output). Para ello se basa en el enfoque metodológico del *Office of National Statistics (ONS)* del Reino Unido, que estudió la variación de la productividad en el *National Health Service (NHS)*. Para calcular el output se definen previamente un conjunto de actividades que cubren buena parte de la actividad realizada en el NHS y que, multiplicadas por su coste, darán el valor del output producido. En el caso de los inputs no se calcula un volumen en concreto, sino la variación de los inputs utilizados desde el año de comienzo del estudio: la variación del volumen de personal, la aplicación de un deflactor específico para el gasto farmacéutico y la aplicación de un deflactor de carácter

más general para el resto de gastos. Así, los analistas británicos calculan la productividad a partir de índices de variación y no de valores absolutos, obteniéndose la evolución de la productividad a lo largo de un periodo de tiempo.

Los resultados para el NHS indican que se ha producido un descenso importante en la productividad en el periodo 1995-2004. La Figura 12 representa dos escenarios: la mejor situación (NHS-2) y la peor (NHS-1); en un caso el descenso de productividad en el periodo es del 11,0% y en el otro cae en un 5,7% durante el periodo estudiado.

A partir del enfoque metodológico de la ONS se ha calculado la variación de la productividad en el CatSalut para el periodo 1995-2006. Para calcular el volumen de output se incluyen como

Figura 12.
Evolución de la productividad en el NHS 1995-2004



Fuente: Gisbert R, Brosa M. Anàlisi de la productivitat del sistema sanitari de Catalunya: relació entre inputs i outputs. Barcelona, novembre de 2007

¹⁸ González López-Valcárcel, B, Barber Pérez, P, Changes in the Efficiency of Spanish Public Hospitals after the introduction of Program-Contracts, *Investigaciones Económicas*, Vol XX (3), Septiembre 1996, pp. 377-402

¹⁹ The Final Frontier, *The Economist*, January 13th, 2011

²⁰ Gisbert R, Brosa M. Anàlisi de la productivitat del sistema sanitari de Catalunya: relació entre inputs i outputs. Barcelona, novembre de 2007

costes los que se derivan de dividir el gasto total de cada año por el número de unidades producidas en cada una de las cinco actividades en que se ha dividido el CatSalut: atención hospitalaria, atención primaria, atención sociosanitaria, atención a la salud mental y atención farmacológica. Las unidades de cada actividad son las altas hospitalarias, las visitas de medicina general, el número de pacientes atendidos, las altas en la red psiquiátrica y las recetas emitidas. Como los analistas británicos, para evaluar la variación del input se dividen los recursos en tres grandes categorías: personal, productos farmacéuticos y

otros. Para cada categoría se obtiene un índice de variación de los inputs.

Los resultados obtenidos evidencian que durante el periodo 1995-2006 la productividad del CatSalut se ha reducido, manifestándose la proximidad de sus valores con los del NHS (Figura 13).

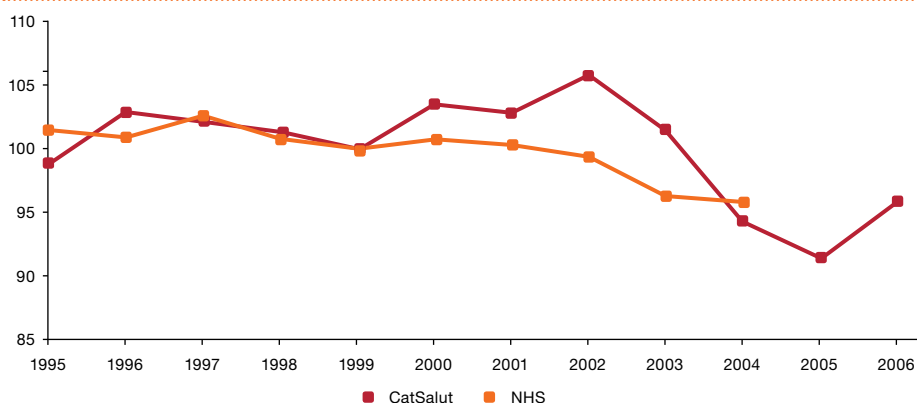
Las anteriores constituyen buenas aproximaciones en cuanto permiten medir la productividad como una relación input-output del sistema. Adicionalmente, hay que destacar la relevancia de medir la productividad a lo largo del tiempo e impulsar planes para reforzar la productividad del sistema sanitario.

El enfoque para cualquier plan de mejora de la productividad debe incluir estrategias dirigidas a reducir los costes de producción y mejorar los resultados de la atención a los pacientes, mientras que otras permitirán liberar recursos (tiempos de personal, de equipamiento, etc.) para ser utilizados de forma más productiva. Incluso otras estrategias podrán llevar a mejorar la tesorería que puede utilizarse para aumentar los volúmenes de actividad y/o la calidad de la atención. El “hacer las cosas adecuadamente y hacer las cosas adecuadas” implica generar más valor a los pacientes a partir de los recursos disponibles (Figura 14).

Con todas las limitaciones que merecen²¹, la utilización de los rankings en nuestro sistema sanitario puede ser un elemento muy interesante para comparar eficiencias entre centros, así como la calidad.

El gasto de personal del Sistema Nacional de Salud asciende a más de 29.000 millones de euros y representa en torno al 45% del gasto sanitario público total²². Es una partida en continuo crecimiento, ya que entre el año 2002 y 2008 se ha incrementado en un 79%, lo que ha supuesto un promedio de crecimiento en torno al 10% anual. Entre 2004 y 2008, la mitad del incremento de los costes del gasto sanitario se debió a la remuneración

Figura 13. Evolución de la productividad en el CatSalut y el NHS 1995-2006



Fuente: Gisbert R, Brosa M. Anàlisi de la productivitat del sistema sanitari de Catalunya: relació entre inputs i outputs. Barcelona, novembre de 2007

Figura 14. Estrategias clave para la mejora de la productividad



Fuente: The King's Fund. Improving NHS productivity. More with the same not more of the same. July 2010

²¹ González López-Valcárcel, B. Gestión por Benchmarking. Uso de los ranking en sanidad, Universidad de Cantabria, 5 junio, 2010

²² Estadística de gasto sanitario público 2008. Ministerio de Sanidad y Consumo.

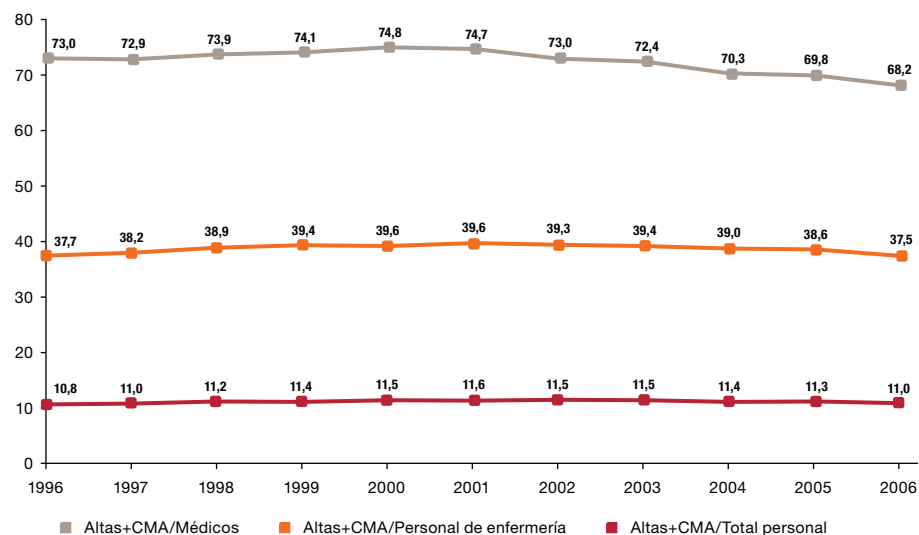
de personal, que creció en 9.655 millones de euros.

Se trata por tanto de una partida muy importante que requiere se le preste especial atención. La gestión de los recursos humanos es una de las grandes asignaturas pendientes del Sistema Nacional de Salud. El modelo actual carece de la flexibilidad y modelos de incentivación necesarios para que los profesionales sanitarios se adapten a los nuevos retos asistenciales y que impulsen su compromiso con el sistema.

En España, el número de médicos de la sanidad pública creció entre 1996 y 2006 cerca del 36%, mientras que el personal de enfermería lo hizo en un 27%. La actividad hospitalaria, medida como el número de altas más la cirugía mayor ambulatoria (CMA) ascendió en un 11,6%.

Combinando los datos, obtenemos un descenso en los niveles de actividad por médico en un 6,6% en este periodo (Figura 15), no apreciándose apenas diferencias en el caso del personal de enfermería. Llama la atención que, si comparamos este resultado con el del sector hospitalario privado, en éste la actividad realizada por

Figura 15. Evolución de ratios hospitalarios de actividad por profesional (sanidad pública)

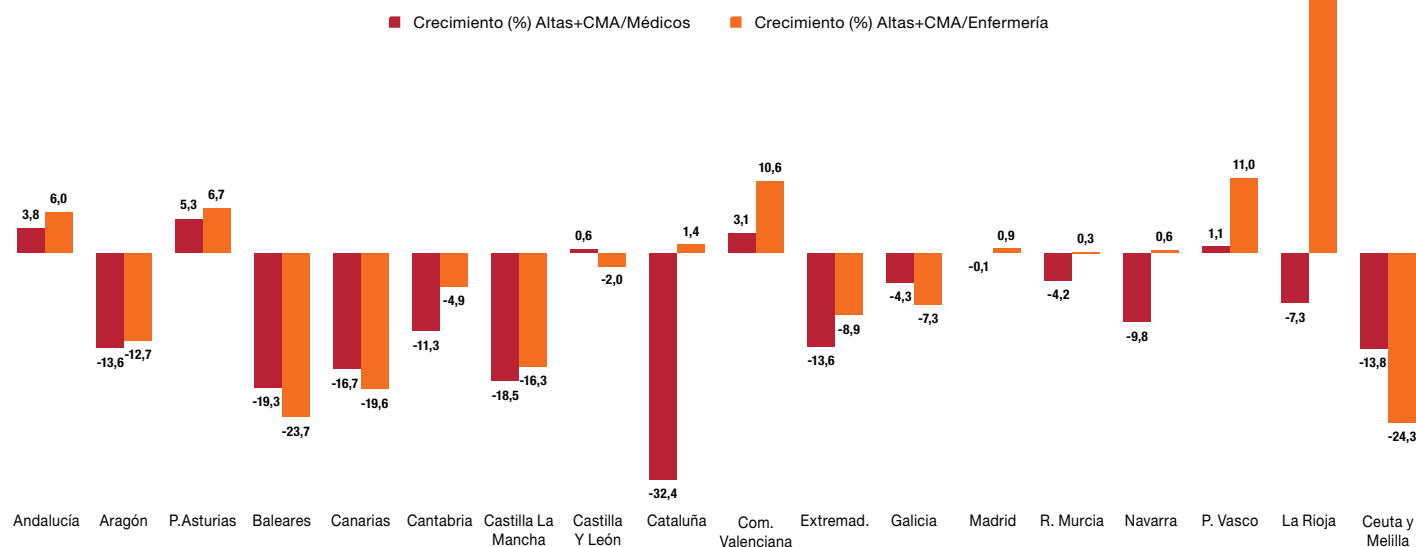


Fuente: Demografía Médica. Apuntes para la eficiencia del Sistema Sanitario. OMC, 2009.

médico ha aumentado en el mismo periodo un 8,3% mientras que la del personal de enfermería se ha reducido en un 9%; esto refleja una evolución opuesta entre el sector público y privado.

Por comunidades autónomas (Figura 16), cabe apreciar importantes

Figura 16. Evolución de ratios hospitalarios de actividad por profesional sanitario y comunidad autónoma (sanidad pública, datos 2006)



Fuente: Demografía Médica. Apuntes para la eficiencia del Sistema Sanitario. OMC, 2009.

diferencias en la evolución de los ratios de actividad hospitalaria por profesional: únicamente las comunidades de Andalucía, Asturias, Comunidad Valenciana, País Vasco y La Rioja (ésta sólo en el caso de los facultativos) presentan incrementos en la actividad realizada por el personal sanitario, frente a otros territorios como Aragón, Baleares, Canarias, Cataluña, Extremadura, Ceuta y Melilla, que presentan importantes descensos en la productividad de sus profesionales sanitarios.

Los datos anteriores muestran una tendencia negativa en la productividad asistencial de los recursos humanos de los hospitales del Sistema Nacional de Salud, si bien es probable que durante el último periodo, coincidiendo con la crisis económica y las medidas de recorte del gasto, estos niveles de productividad hayan mejorado.

Pero la cuestión está en que partimos de una situación previa ineficiente, donde hay un exceso de permisividad en relación con las ausencias laborales (absentismo), una fuerte presencia de los sindicatos cuyas reivindicaciones van siempre en la línea de minorar los tiempos de dedicación asistencial de muchos profesionales, lo que puede constituir una barrera a la mejora de la gestión de los recursos humanos, y se carece de un modelo de incentivación y reconocimiento de aquellos profesionales que más aportan.

El absentismo laboral de los empleados públicos y, en concreto, en la sanidad pública, ha sido históricamente muy elevado e injustificado. No es admisible que algunos profesionales acumulen baja tras baja, año tras año, sin que se

hayan iniciado procesos de invalidez, pero tampoco lo es la solicitud de bajas laborales para disfrutar “vacaciones” o las continuas ausencias injustificadas en horario de trabajo. Pero están también aquellos profesionales que trabajan con eficiencia, que ponen todo su empeño en hacer bien las cosas y cuyas actuaciones se alinean con los objetivos de las instituciones públicas; y que salen perdiendo, porque aunque su rendimiento sea óptimo no se ven reconocidos.

La disminución del absentismo laboral en los centros sanitarios debe ser una de las palancas de mejora de la eficiencia. Sólo en la Comunidad de Madrid, el alto absentismo de 21 días al año por trabajador genera un coste aproximado de 200 millones de euros²³ (costes de la incapacidad temporal y de la sustitución). Por ello, la Comunidad lanzó en 2010 un plan específico que le permitiría ahorrar en sanidad 20 millones de euros, si consigue reducir en 2 días la duración media por trabajador y año de la baja por incapacidad temporal²⁴.

Recientemente el Gobierno Vasco ha elaborado un plan de choque que incluye descuentos de hasta 700 euros al mes por el uso fraudulento de las bajas de enfermedad²⁵. Concretamente en Osakidetza la tasa de absentismo se eleva por encima del 10% (incluye, además de la incapacidad temporal, las bajas por maternidad y otros conceptos), lo que supone que de un total de 35.000 empleados diariamente faltan a su trabajo 3.500²⁶.

Es necesario modular las reivindicaciones de los sindicatos, para que el modelo deje de ser improductivo e incapaz de afrontar las reformas

²³ Madrid quiere compensar el recorte presupuestario en sanidad reduciendo el absentismo laboral y el gasto farmacéutico. Acta Sanitaria, 26 de noviembre de 2009.

²⁴ Nota de prensa de 20 de mayo de 2010. www.madrid.org/prensa. Consulta realizada el 17 de enero de 2011.

²⁵ El Gobierno Vasco luchará con multas contra el absentismo de los funcionarios. ABC, 10 de octubre de 2010.

²⁶ El Gobierno Vasco cifra en un 10% el absentismo en Osakidetza. www.elcorreo.com, 16 de abril de 2010.

necesarias. El modelo de unos sindicatos siempre demandantes (de nuevas contrataciones, más libranzas, más ventajas de todo tipo sin analizar su impacto en la productividad,...), frente a una Administración débil y siempre claudicante cuya prioridad es la “paz social” constituye una grave amenaza para el sistema. Aquí hay una importante diferencia con el sector privado, ya que los directivos de compañías privadas tienen que competir en el mercado, lo que supone un importante incentivo a la hora de analizar y sopesar las demandas de los sindicatos, y buscar un punto de equilibrio entre las necesidades de los profesionales y de las empresas. El que los directivos del ámbito público tienen el monopolio de sus servicios y disponen de pocos incentivos para resistir a las presiones de los sindicatos es un hecho ampliamente reconocido y no sólo en nuestro país²⁷.

Implicaciones

- Hay que abordar el análisis y desarrollo de planes que permitan reforzar la productividad de nuestro Sistema Nacional de Salud.
- Realizar un análisis en profundidad sobre la productividad de los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud, que permita identificar los elementos necesarios para una adecuada planificación futura de profesionales, las palancas de mejora del *performance* del sistema, las necesidades de reorientación de los planes de formación para lograr una mayor flexibilidad del puesto de trabajo. Esto sólo podrá realizarse a nivel del Sistema Nacional de Salud con la colaboración de todas las comunidades autónomas. Requerirá la creación de un comité de expertos.
- Evaluar las competencias técnicas y adaptar la oferta de profesionales a los cambios demográficos, tecnológicos y asistenciales, estudiar y desarrollar un reparto equilibrado de las cargas de trabajo entre profesionales para una mayor eficiencia, y flexibilizar horarios y jornadas.
- La mejora de la productividad implicará introducir mecanismos de control del absentismo laboral y las causas que lo motivan y las ausencias no justificadas. La inspección deberá prestar especial atención a esta cuestión para reducir el número de días de baja, y se podrían introducir penalizaciones cuando se demuestren usos fraudulentos de las bajas por enfermedad. Requerirá, asimismo, el apoyo de las tecnologías de la información para un adecuado seguimiento individualizado.
- Impulsar las nuevas tecnologías que permitan diseñar nuevas formas de organización del trabajo asistencial.
- Entrar en diálogo con el mundo sindical, de tal manera que la actividad de los sindicatos no sea un motor de ineficiencia del sistema, alejándonos de las preocupaciones de su productividad.
- La utilización de rankings que comparan centros e instituciones sanitarias puede ser un buen camino, para el análisis de las eficiencias comparativas y de la calidad.

²⁷ Brooks D. The paralysis of the state. International Herald Tribune, 12 de octubre de 2010.

6

Una necesaria alianza entre aseguradores y provisosos privados

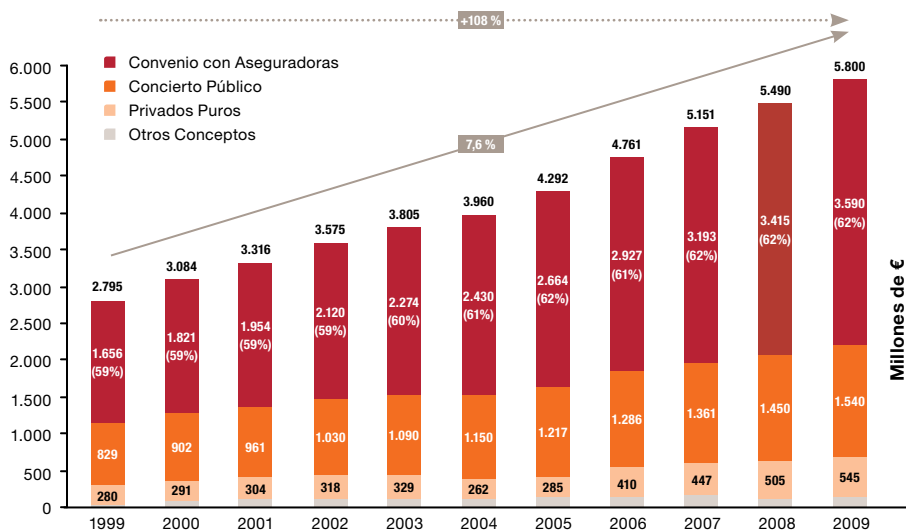
El sector hospitalario privado ha experimentado una evolución positiva de su facturación en los últimos diez años. Los convenios con las compañías aseguradoras reportan al sector hospitalario privado un 62% de sus ingresos (Figura 17). Entre los factores que explican la evolución positiva de la facturación en los últimos diez años se encuentran el aumento de demanda de seguros de asistencia sanitaria, el establecimiento de nuevos convenios con compañías aseguradoras y el incremento generalizado de precios.

Los proveedores privados se están enfrentando a una reducción de su margen medio, dadas las dificultades para incrementar las tarifas, el aumento de costes por encima de los ingresos en algunos casos, la menor demanda de servicios del paciente privado puro (que ofrece mayores márgenes) y la reducción de frecuentación en algunas especialidades de elevada rentabilidad como consecuencia de diversos factores. Incluso el desarrollo de los modelos de colaboración público-privada está reduciendo la demanda de algunos

operadores privados. En la otra cara de la moneda, las compañías aseguradoras sanitarias están experimentando una ralentización en el crecimiento de su negocio (Figura 18). Están encontrando ciertas dificultades para incrementar la prima media del sector. Los descuentos ofertados para la captación de nuevos clientes afectan de manera negativa a la prima media y, por tanto, a la subida de tarifas.

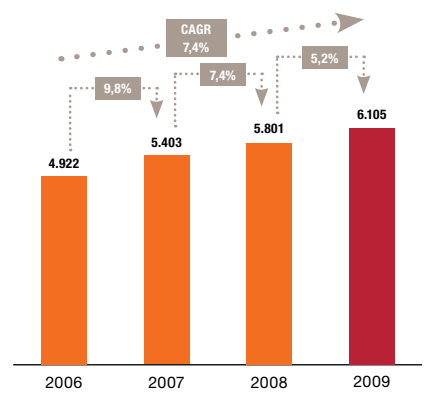
El menor crecimiento del negocio asegurador y el aumento de la

Figura 17. Evolución de la facturación de clínicas privadas no benéficas por segmentos



Fuente: DBK Clínicas privadas

Figura 18. Volumen total de primas - ramo salud (mill. €)



Fuente: ICEA.

siniestralidad en 3 puntos porcentuales en los últimos dos años (Figura 19) han deteriorado sus niveles de rentabilidad. El mercado asegurador de salud se encuentra en una situación de cierta complejidad ante la dificultad para aumentar las primas y todo ello ha provocado la adopción, por parte de las aseguradoras, de diversos mecanismos de control de la siniestralidad y del coste. Así, se han adoptado medidas tales como:

- Concentración de la oferta en un menor número de proveedores, permitiendo abaratar los costes a cambio de proporcionarles un mayor volumen de clientes.
- Implantación de modelos de seguimiento de la actividad hospitalaria que permitan obtener un mayor conocimiento y control sobre las prestaciones: adecuación de pruebas diagnósticas a protocolos, control de consumos de material sanitario y farmacéutico, o mayor control sobre la frecuentación, entre otros.
- Transmisión del riesgo o parte del mismo al proveedor por medio de tarifas que cierran procesos o estancias, impulsando incluso la

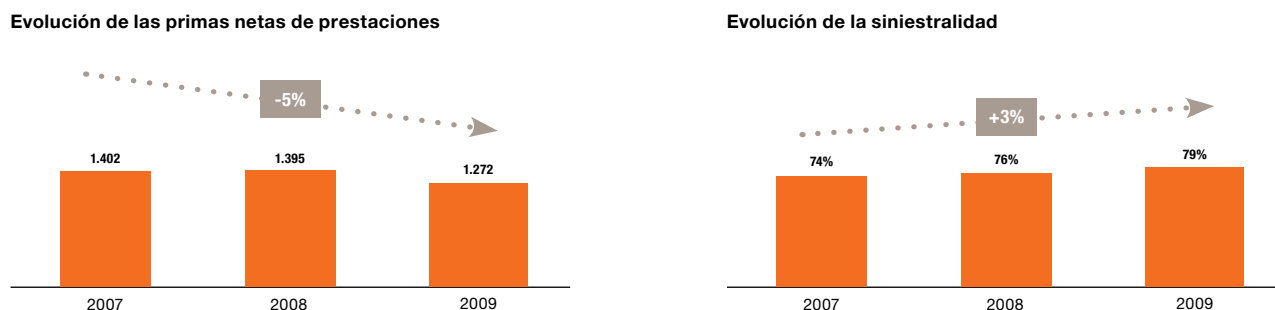
adopción de modelos de pago capitativo que permiten a las aseguradoras mitigar los riesgos inherentes a mayores niveles de utilización de los servicios sanitarios.

En este contexto, puede existir la tentación por parte de las aseguradoras de recurrir siempre a la presión de los precios o en formas de pago sobre los proveedores privados o de los proveedores privados de utilizar la sobrefrecuentación para compensar estas circunstancias.

Sin embargo, este contexto de situación, generador de tensión entre aseguradoras y proveedores, requiere la búsqueda de espacios comunes de colaboración, de tal forma que se desarrollen estrategias conjuntas y en el beneficio empresarial de ambos sectores, que debe ir más allá de los ajustes de costes y tarifas y con una visión de crecimiento de negocio. Hasta fechas recientes, el asociacionismo y las organizaciones patronales en el sector sanitario privado han sido débiles, con la excepción de la Unión Catalana de Hospitales, históricamente más activa en el sector:

- Las patronales de aseguradoras sanitarias formaban parte de Unespa que agrupaba a todo el sector

Figura 19.
Evolución de las primas netas de prestaciones y evolución de la siniestralidad



Fuente: ICEA.

asegurador, lo que, en ocasiones, lejos de reforzar disminuía su influencia.

- Los proveedores se agrupaban en una débil Federación Nacional de Clínicas Privadas, que nunca representó una voz muy escuchada en el sector.

El nacimiento del IDIS (Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad) permitirá previsiblemente superar esta situación. Se trata de una Fundación formada por empresas proveedoras de servicios sanitarios y por aseguradoras sanitarias, cuyo principal objetivo es poner en valor, conjuntamente, la medicina privada ante la sociedad y lograr la integración del sistema sanitario privado en el Sistema Nacional de Salud. Dado que agrupa al sector asegurador y proveedor, va a permitir que el sector sanitario privado elabore y sea capaz de defender sus propias

propuestas y su papel en el servicio sanitario.

Entre las preocupaciones del IDIS, cabe señalar la importancia de acontecimientos recientes que suprimen el Régimen de las Clases Pasivas y arrojan grandes incertidumbres sobre el futuro de Muface. Hay que recordar que este modelo reduce el coste de la asistencia por persona en más del 35%, proporciona asistencia sanitaria a más de 2,2 millones de personas, y más del 87% de los funcionarios eligen una aseguradora privada. En el año 2009, el número de beneficiarios de Muface aumentó en 4.119 personas, cuya cobertura sanitaria ahorró al sistema sanitario público 1,47 millones de euros²⁸. Las maltrechas cuentas sanitarias no podrían soportar la asistencia de este colectivo, ni económicamente ni con los recursos sanitarios actuales.

Implicaciones

- El desarrollo de un nuevo modelo asistencial requiere que las compañías aseguradoras y los proveedores de servicios sanitarios trabajen conjuntamente para definir prestaciones y sistemas de reembolso que permitan mejorar la creación de valor hacia sus clientes y un punto de equilibrio entre los actores principales de la asistencia sanitaria.
- Las compañías aseguradoras y los proveedores sanitarios podrán lograr una mayor alineación mediante la utilización de herramientas tales como modelos de incentivos, premiando a aquellos proveedores que contribuyan a la consecución de

objetivos predeterminados por la aseguradora.

- La mejora de la comunicación entre las compañías aseguradoras y los proveedores asistenciales, aprovechando las oportunidades que brindan los sistemas de información (portales de proveedores) permite reducir costes a través de la reducción de documentación administrativa. Como éste, es posible encontrar espacios de interés común para la mejora de la eficiencia de procesos conjuntos.
- El aprovechamiento del espacio común que ofrece el IDIS dará una

mayor visibilidad a las empresas del sector y permitirá desarrollar un trabajo conjunto para el crecimiento de la medicina privada y la continua mejora de aportación de valor a la sociedad.

- El que haya o no aseguradoras sanitarias, y una oferta completa de provisión privada en el territorio español debe ser tema de preocupación para las autoridades sanitarias. Las empresas privadas complementan a la oferta sanitaria pública y aportan valor añadido a la sociedad española, por lo que es necesario preservar los actuales esquemas de colaboración e incluso impulsar el desarrollo de otros nuevos.

²⁸ El futuro de Muface, más incierto que nunca. Gaceta Médica Digital. Año IX. Número 361. Del lunes 17 de enero al domingo 23 de enero de 2011. www.gacetamedica.com

7

Explotación de sinergias en el sector hospitalario

El mercado hospitalario privado se caracteriza por estar muy atomizado, pero como es bien sabido, en los últimos años ha venido experimentando un proceso de concentración. Las mayores empresas hospitalarias han basado su crecimiento en la construcción de nuevos centros y en la adquisición de otros ya existentes. En 2005, las diez primeras empresas hospitalarias privadas concentraban cerca del 34% del volumen de ventas en España, mientras que en 2009 ese porcentaje ascendió a más del 39%²⁹ (Figura 20).

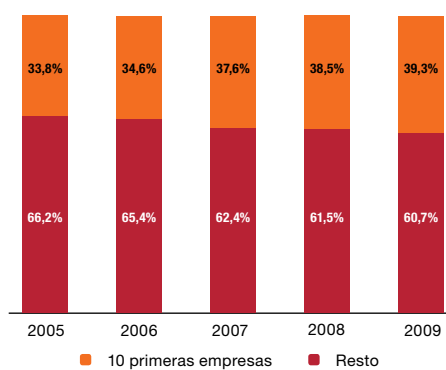
Hay que señalar que existe todavía un gran desequilibrio entre el proceso de concentración ya producido en gran medida por el sector asegurador, frente a la todavía fragmentación del sector hospitalario privado, ya que la red hospitalaria que más camas tiene no llega al 4%³⁰ y la mayoría de los hospitales son todavía independientes y

pueden, por tanto, carecer de las capacidades financieras o de gestión suficientes que les permitan llevar a cabo negociaciones exitosas con sus clientes, fundamentalmente con las compañías aseguradoras.

La concentración de camas hospitalarias es muy desigual dependiendo de la geografía y, en este sentido, los principales grupos hospitalarios han orientado su estrategia a nivel regional, que les ha permitido, no sólo mejorar su posicionamiento en un ámbito geográfico concreto, sino también obtener economías de escala mediante el aprovechamiento de las sinergias que proporciona la proximidad entre centros. No existe, sin embargo, un gran protagonista nacional con una posición dominante en varias geografías (Figura 21).

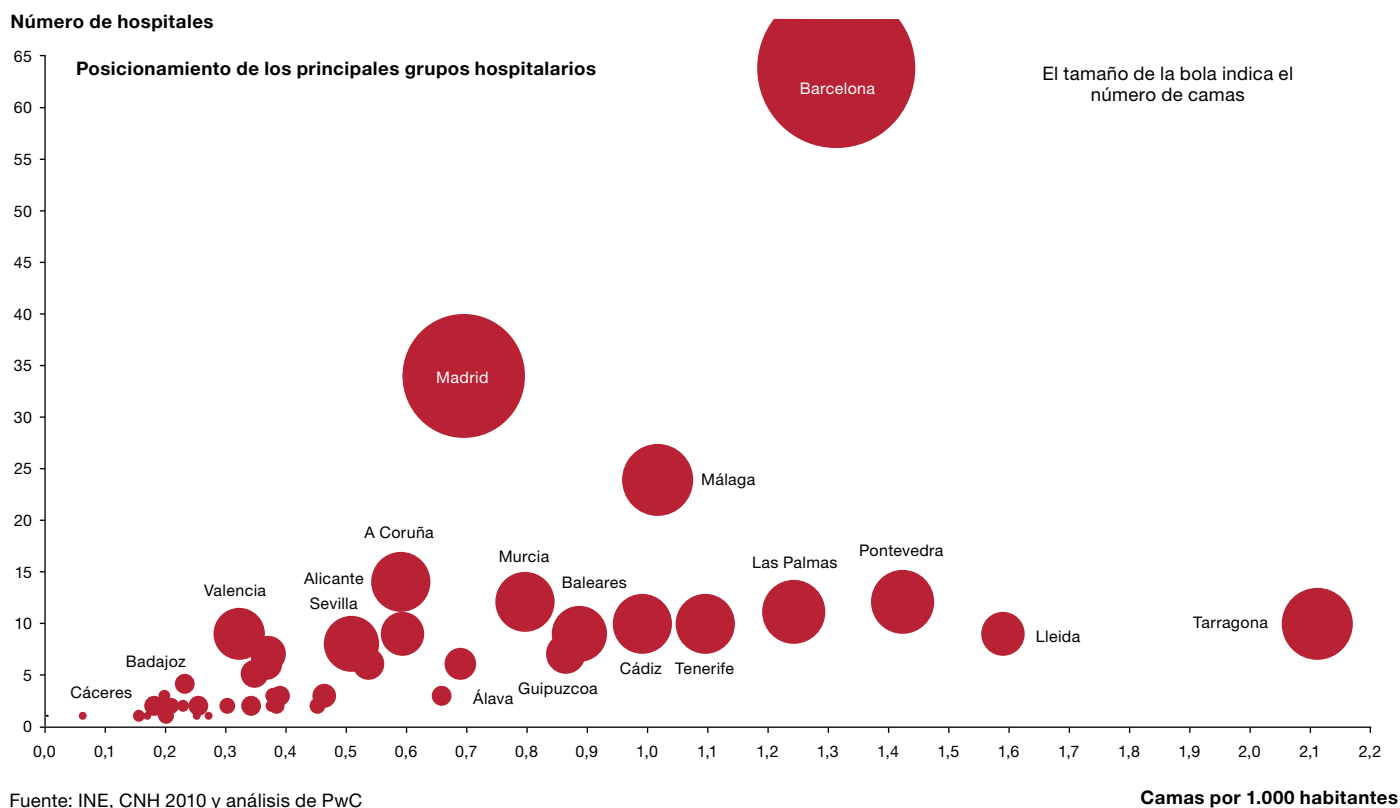
Una vez que se ha desarrollado el proceso de constitución y consolidación

Figura 20. Cuota de mercado de las 10 primeras empresas del subsector hospitalario privado



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de DBK.

Figura 21. Distribución de la oferta hospitalaria privada



²⁹ Estudio DBK. Clínicas Privadas. Años 2006, 2007, 2008, 2009 y 2010.

³⁰ Catálogo Nacional de Hospitales 2010.

de las redes hospitalarias en nuestro país, el profundizar en modelos organizativos de servicios compartidos con gestión multihospital, así como la creación de plataformas comunes, permitirá al sector sanitario privado obtener mayores eficiencias, equilibrar su capacidad de negociación con aseguradoras y concentrar los recursos económicos en una mejor gestión de la asistencia³¹. Así pues, es posible obtener economías de escala mediante la implantación de:

- Servicios estratégicos compartidos: dirección corporativa única, procesos estratégicos únicos, gestión global de la cartera de servicios, área de calidad centralizada.
- Servicios compartidos en el ámbito asistencial, como las guardias localizadas cuando la localización geográfica de hospitales lo permita, servicios de referencia y prestación de técnicas específicas únicas, centralización de procesos de laboratorio, anatomía patológica e imagen.
- Servicios de apoyo compartidos: centralización de determinados procesos de admisión de pacientes (como la gestión de agendas), esterilización, farmacia, prevención de riesgos, call center único, prestación única de funciones administrativas económico-financieras y de recursos humanos, centralización de compras y

plataforma logística, sistemas de información, asesoramiento jurídico.

Cabe citar como iniciativas interesantes en España, la creación de dos plataformas como son la Unidad Central de Radiodiagnóstico o el Laboratorio Central, que dan servicio a seis de los nuevos hospitales de la Comunidad de Madrid, y que han supuesto experiencias exitosas al obtener altos niveles de eficiencia como resultado del uso común del equipamiento, de las compras centralizadas de materiales y productos, de la asignación de equipos de especialistas únicos y de la eliminación de duplicidades, entre otras sinergias logradas.

La búsqueda de sinergias en los modelos multihospital no persigue únicamente mejorar las cuentas de resultados de los hospitales que comparten servicios; aporta otras ventajas indudables, como la mejora de la oferta de servicios al ciudadano que, si se abordaran de forma aislada, posiblemente no se podrían producir; asimismo permite aprovechar el conocimiento existente derivado, por ejemplo, de la especialización de los hospitales en aquellos ámbitos de actividad asistencial en los que han cosechado importantes experiencias y conocimientos; mejorar la planificación y la gestión; o alcanzar un posicionamiento más competitivo y obtener oportunidades de crecimiento en procesos con potencial de desarrollo.

³¹ Alianzas estratégicas y empresa multihospital. Alberto de Rosa Torner, Director General de Ribera Salud. Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios. Vol. 11 – Monográfico 1 – Marzo 2010.

Implicaciones

- Se mantendrá el proceso de concentración en el sector hospitalario privado y se evolucionará hacia el desarrollo de modelos multicéntricos y plataformas comunes con servicios compartidos y centralizados.
- La obtención de ventajas competitivas en un mercado que se encuentra saturado requerirá formalizar alianzas estratégicas, ya no sólo con proveedores tecnológicos o intra-grupo, sino incluso con otras compañías proveedoras de servicios, ya sean o no competencia. El acuerdo con socios estratégicos permitirá a las compañías abaratar los costes de los recursos o incrementar su actividad asistencial. Si bien algunas compañías llevan ya tiempo madurando y consolidando este tipo de procesos, se mantendrá la búsqueda de soluciones y surgirán nuevas ideas creativas para mejorar la eficiencia en el sector hospitalario privado.
- La experiencia de implantación de modelos sinérgicos entre hospitales y grupos hospitalarios privados será analizada por el sector sanitario público, que aprovechará este conocimiento tanto para rediseñar sus propios procesos, como para valorar nuevas oportunidades de colaboración con el ámbito privado.



8

Un momento de oportunidad para la colaboración público-privada

No hay un solo país en el mundo cuya sanidad esté íntegramente financiada por el gobierno. Mientras que la provisión sanitaria se reconoce como una responsabilidad pública, cada vez más se percibe al capital privado y su *expertise* como inductores de eficiencia e innovación. Lo que no está tan claro, sin embargo, es el balance apropiado entre recursos públicos y privados para financiar y gestionar la salud³².

Tras dos décadas de experiencia en modelos de colaboración público-privada (PPP), los gobiernos miran cada vez más hacia este modelo, según las investigaciones de PwC:

- El gasto sanitario público está creciendo a un ritmo que probablemente será insostenible a menos que se encuentren nuevas fuentes de financiación.
- El desarrollo de nuevas infraestructuras y servicios sanitarios necesita de modelos más eficientes y basados en la generación de valor. Después de una recesión global, los gobiernos ven los PPPs como posible solución a los grandes problemas de generación del gasto, inducido por las crecientes necesidades de los sistemas sanitarios.
- Las infraestructuras representan únicamente el 5% del gasto sanitario. Según estimaciones de PwC, los países de la OCDE y BRIC (Brasil, Rusia, India y China) gastarán, entre 2010 y 2020, más de 3,6 trillones de dólares en infraestructura. Sin embargo, el gasto sanitario, exceptuando la infraestructura (es decir, el 95% restante), supondrá más de 68 trillones de dólares.
- Las mediciones del éxito de los PPPs están evolucionando hacia resultados

en salud y desempeño. Actualmente los PPPs están más centrados en mejorar las adquisiciones y “*value for money*” (el dinero invertido generará mayor valor en el tiempo). La justificación de los ahorros que se generan con los PPPs frente a las infraestructuras tradicionales es obligatoria en muchos países. Una revisión de proyectos PPP realizada por PwC (Informes de *Value for Money- VfM*) evidencia un rango de ahorros que oscila entre menos del 1% y el 20%. El cálculo VfM compara el Valor Actual Neto (VAN) de una hipotética inversión pública frente al VAN de los pagos que tendrá que realizar la Administración durante la vida del contrato, por lo que constituye un indicador más, pero no puede ser el único a la hora de evaluar los modelos PPPs.

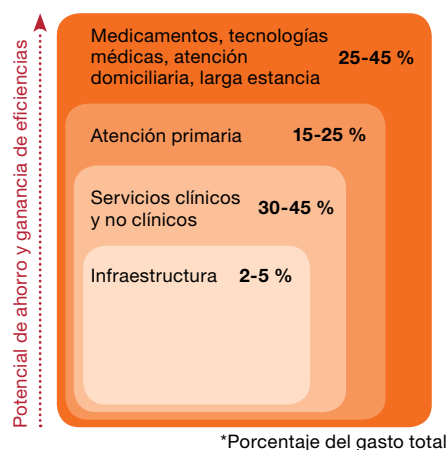
- La tecnología ha sido tradicionalmente excluida de las operaciones PPPs, pero es un elemento central en la nueva generación de PPPs, en los que los fabricantes son socios que asumen igualmente riesgos. Las necesidades de renovación tecnológica hacen buscar soluciones para ésta los modelos PPP.
- Los PPPs están cuestionando la percepción de que la sanidad privada es para los ricos y la pública para los pobres. Más que crear o exacerbar las inequidades en salud, los PPPs pueden igualar la atención sanitaria a todas las poblaciones.

El potencial de ahorro en los proyectos de colaboración público-privada aumenta en la medida en que se incluyen en los modelos más ámbitos o servicios. Así, se conseguirán mayores ahorros en modelos que incluyen infraestructuras, servicios clínicos y no

³² Build and Beyond: The (r)evolution of healthcare PPPs. Health Research Institute. PwC, December 2010.

clínicos, frente a los que incluyen infraestructuras y servicios no clínicos o los que incluyen la gestión integral de un área sanitaria (Figura 22).

Figura 22.
Potencial de ahorro en los modelos PPP



Fuente: Elaboración propia

Los distintos modelos de colaboración público-privada en España funcionan, porque los pacientes encuestados han demostrado una altísima satisfacción con los resultados de la atención y se ha contribuido a mejorar la igualdad en el acceso a los servicios sanitarios por parte de los ciudadanos. Se evidencian unos ahorros importantes: las concesiones valencianas abaratan la cápita un 20% por contrato³³. También ha habido discrepancias, que han sido equilibradas gracias a la flexibilidad de la Administración y la capacidad de entendimiento del concesionario.

Otra cuestión prioritaria para nuestro sistema es que tenemos que aprovechar al máximo los beneficios de las nuevas tecnologías. Las fórmulas de colaboración público-privada constituyen también una potente vía para afrontar estas inversiones, creadoras de salud, con el

apoyo de la iniciativa privada. Incluso la evolución del sector sanitario privado ha hecho que en muchos casos las tecnologías sanitarias más innovadoras se incorporen antes en la sanidad privada que en la pública. La adquisición de equipamiento médico innovador permite mejorar la capacidad resolutoria del sistema sanitario, la calidad y seguridad de la asistencia. Pero para garantizar que las restricciones económicas no se conviertan una barrera a la modernización en electromedicina es preciso aumentar la eficacia y la economía en el gasto, así como simplificar los procesos de adquisición.

Las empresas del sector de tecnología sanitaria, dentro de estos modelos de colaboración público-privada, están adoptando el papel de socios tecnológicos de los proveedores de servicios sanitarios. De tal forma que las primeras se aseguran unos ingresos por la dotación y renovación de los equipos, mientras que los segundos pueden poner a disposición de la sociedad y en cada momento el equipamiento más moderno. Pero las necesidades actuales requieren la realización de procesos de adquisición y renovación de tecnologías independientemente de la construcción de nuevos hospitales, siendo la colaboración público-privada una oportunidad para abordarlo.

Existen iniciativas de este tipo en España:

- En Murcia, Siemens resultó adjudicataria del concurso de colaboración público-privada para la dotación, renovación y mantenimiento integral del equipamiento clínico de los hospitales de Cartagena y Mar Menor para un periodo de 15 años por

³³ Ponencia del Secretario Autonómico de la Consellería de Sanidad de la Comunidad Valenciana, Luis Rosado, en el "Foro de debate para la sostenibilidad del sistema sanitario". Madrid, 1 de diciembre de 2010.

un importe final de más de 132 millones de euros. La particularidad de esta licitación es que se articula a través de la fórmula del diálogo competitivo por el que, tras la licitación inicial, se abre un periodo de conversaciones con las empresas implicadas para pulir el contrato. Al diálogo se invitó a tres empresas de las cinco que se presentaron.

- En febrero de 2010 el Institut Català de la Salut (ICS) licitó un proyecto de 100 millones para actualizar y gestionar el material de diagnóstico por la imagen de sus hospitales (ocho en total) para un periodo de siete años; prevé la modernización y mantenimiento de todos los equipos tecnológicos de diagnóstico y medicina nuclear e impulsará la telemedicina.

- El Plan Estratégico de las Tecnologías Sanitarias (Petsi) de Canarias, elaborado para integrar todos los sistemas de información clínicos y asistenciales, de gestión económica-financiera y de gestión de los recursos humanos del Servicio Canario de la Salud, contempla el desarrollo y financiación de una parte de los proyectos corporativos con un modelo de contratación público-privado.

La industria de tecnologías sanitarias está abierta a fórmulas novedosas que permitan utilizar modelos de negocio que colaboren a la sostenibilidad del sistema sanitario y al mantenimiento del mercado³⁴:

- Adquisición de productos y pagos en plazo.

- Incorporación de la innovación.
- Renovación de las estructuras sanitarias.
- Gestión de procesos.

Con todo lo anterior, aún existe una asignatura pendiente en relación con estos modelos en España, que es el desarrollo e implantación de procesos de evaluación del desempeño y calidad de estos modelos, o bien la incorporación de estas fórmulas a las evaluaciones de los centros sanitarios gestionados públicamente. Por ejemplo, el *Australian Council of Healthcare Standards* publica estándares de calidad para todos los hospitales, permitiendo a la ciudadanía revisar el *performance* de los centros públicos, privados y PPP. Ésta constituye una buena práctica y un instrumento de buen gobierno de las organizaciones sanitarias.

Implicaciones

- Aparte de los anteriores modelos de colaboración público-privada que han sido impulsados en la Comunidad Valenciana y en Madrid, hay otras muchas posibilidades, basadas en la participación de capital privado en empresas públicas del sector sanitario.
- El desarrollo de los distintos modelos de colaboración público-privada en España requiere disponer de un marco conceptual común y a nivel nacional que determine las líneas y estándares de calidad que estos modelos deben garantizar.
- Posiblemente, para garantizar que los modelos de colaboración público-privada en salud respondan a las prioridades del servicio público sanitario, se requiera una regulación, de la misma manera que en el Reino

Unido el avance fue posibilitado a través de una ley.

- Los resultados de los modelos de colaboración público-privada deberían ser publicados de forma integrada con los indicadores de centros públicos tradicionales y estar a disposición de los ciudadanos para su consulta.
- La creación de un Observatorio o ente similar de los modelos de colaboración público-privada, que permita mantener información actualizada sobre su funcionamiento, niveles de calidad, y evaluación de la eficiencia que generan al sistema, entre otros, aportará mayor transparencia al sistema de colaboración.
- Existen muchas oportunidades actualmente para incrementar la

colaboración entre el sector sanitario público y el privado. El acometer inversiones que de otro modo no podrían materializarse (a través de los PPP), el aprovechar la red privada para aliviar las listas de espera o mejorar el acceso de los ciudadanos a los servicios (conciertos), o aprovechar la red de provisión privada para “coberturizar” a la población (modelo Muface), son soluciones para la sostenibilidad del sistema que deben ser potenciados. Lo importante son los resultados en salud, no quién los consigue, y además lograr unos buenos resultados con eficiencia. La colaboración público-privada en sanidad está en auge y con seguridad continuará desarrollándose en los años venideros y extendiéndose a muchos países del mundo.

³⁴ Ponencia de la Secretaría General de FENIN, Margarita Alfonsel. “Aportación de la sanidad privada a la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud”. Madrid, 14 de diciembre de 2010.

9

Cohesión también en la política farmacéutica

Hay una cosa que ha quedado ya clara en la política farmacéutica. El que el Ministerio de Sanidad se responsabilice del lado de la oferta (registro, inclusión en la dispensación pública, precios,...) y las comunidades autónomas del lado de la demanda (forma de prescripción, conducta de los prescriptores,...) y que ambos ámbitos funcionen como compartimentos estancos, ha fracasado. Esto no llevará más que a diferencias en la práctica en el acceso a los medicamentos entre las distintas comunidades autónomas, que no podrá resolverse siempre vía tribunales. Hay que buscar un nuevo espacio de colaboración entre el Gobierno central y las comunidades autónomas en este campo.

La aplicación de los dos reales decretos 2004/2010 y 2008/2010 para la reducción del gasto farmacéutico ha generado en nuestro país un descenso del gasto en recetas del 2,36% (Figura 23). Aunque el número de recetas aumentó, el descenso del gasto medio por receta ha hecho que la factura global se haya reducido.

Los registros mensuales desde junio de 2010, momento en que entró en vigor el primer real decreto, evidencian una caída negativa en el crecimiento interanual del gasto farmacéutico público, que en el mes

de diciembre ya se sitúa en 11,99 euros por receta, frente a los 13,48 euros de 2009³⁵. La factura farmacéutica será inferior en 2011, por el efecto del cómputo anual tras los recortes frente a los 6 meses de 2010.

En el intento de desarrollar nuevas medidas para reducir el coste sanitario, las comunidades autónomas se las están ingeniando para desarrollar medidas que les permitan acotar el gasto.

Las medidas adoptadas por algunas regiones están generando desigualdades de derechos entre los ciudadanos en función de la comunidad autónoma en la que residan, ponen en riesgo la unidad del mercado y la estabilidad del marco regulador del sector farmacéutico.

Un estudio publicado en 2009³⁶ evidenció dos tipos de desigualdades, sobre todo ligados a medicamentos baja utilidad terapéutica o que no se perciben como fundamentales:

- Diferencias en la financiación de determinados fármacos o grupos terapéuticos; incluso algunas comunidades autónomas aceptan financiar medicamentos que están excluidos de la financiación del SNS. Se observaron diferencias en el acceso

Figura 23.

Evolución del gasto farmacéutico público (oficinas de farmacia)

| | Acumulado diciembre 2010 | Acumulado diciembre 2009 | % Var. 2010/09 |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|
| Gasto (millones €) | 12.211,1 | 12.505,7 | -2,36 |
| Recetas (millones) | 957,9 | 934,0 | 2,56 |
| Gasto medio por receta | 12,75 | 13,39 | -4,79 |

Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

³⁵ Expansión, 19 de enero de 2011.

³⁶ Vieta, A., Badía, X. "Desigualdades en la financiación de medicamentos entre comunidades autónomas en España". Medicina Clínica, 2009; 132(9).



a los medicamentos de deshabituación tabáquica, los indicados para la disfunción eréctil en lesionados medulares o en vacunas, entre otros. En el año 2010 se anunció la elaboración de un calendario vacunal único para todo el territorio español, pero hasta la fecha no se ha conocido.

- Diferencias en el modelo de financiar ciertos fármacos para determinados grupos de pacientes. Por ejemplo, en Castilla y León se presenta aportación reducida en antifúngicos y antivíricos en pacientes con cáncer; en Extremadura se financia la totalidad del coste de los fármacos prescritos a

familias numerosas y a pacientes con enfermedad crónica menores de 14 años; y Valencia que financia el coste total del tratamiento de la tuberculosis.

También se producen inequidades derivadas de la mayor o menor rapidez con la que se introducen los nuevos medicamentos en el sistema. En este sentido el estudio “Acceso de los pacientes a los fármacos contra el cáncer en España”, elaborado por el Instituto Karolinska de Suecia, evidenció desigualdades entre comunidades autónomas en relación con la velocidad de incorporación de nuevos productos de oncología.



Implicaciones

- El modelo de la separación absoluta en política farmacéutica entre el lado de la oferta (competencia del Ministerio de Sanidad) y el lado de la demanda (responsabilidad de las comunidades autónomas) ha hecho crisis y debe ser sustituido por un nuevo paradigma.
- Habrá que reflexionar sobre el tipo de modelo sanitario que queremos, si se quiere lo “barato” o tener una medicina de última generación. Claro que esto último requerirá “sacrificar” otras prestaciones de menor valor añadido. Así, se deberá asegurar la cobertura de la población con aquellos medicamentos de mayor valor para el interés general, evitando que se generen diferencias entre comunidades autónomas. Desarrollo del calendario vacunal único.
- Además de generalizar y regular la obligatoriedad de realizar evaluaciones económicas de los medicamentos que se incorporen al SNS, las decisiones deberán estar también apoyadas por la sociedad, por lo que será necesario canalizar la participación pública a la hora de autorizar su inclusión.

10

Preservar la innovación

Según la última “Encuesta sobre innovación tecnológica en las empresas” del INE (año 2009), el gasto en innovación tecnológica en España descendió respecto a 2008 un 11,5%. El nuevo modelo económico que necesita nuestro país para crecer requiere de sectores altamente competitivos e innovadores. En el sector sanitario, hablamos de la industria farmacéutica y del sector de tecnologías sanitarias, que contribuyen a mejorar la accesibilidad y la calidad de la asistencia sanitaria, la salud de la población, permiten un uso más eficiente de los recursos, contribuyen a la creación de un tejido empresarial, a la mejora de la productividad y a la competitividad de las empresas españolas.

Sin embargo, estos sectores se pueden ver amenazados como consecuencia de la situación económica y de que los procesos de evaluación de las nuevas tecnologías sanitarias y medicamentos no consideran suficientemente los ahorros y las mejoras en la calidad de vida que pueden generar

a largo plazo con su incorporación. Las administraciones públicas ponen un peso excesivo en el coste, lo que condiciona la I+D+i al limitar la capacidad de inversión.

El estímulo a la innovación tiene dos facetas:

En primer lugar, **favorecer la innovación en España**. Nuestro país no tiene aún el suficiente atractivo para que las empresas multinacionales decidan ubicar sus centros de decisión o sus plantas de fabricación en España: de las 26.600 patentes registradas en 2009 en la Oficina de Patentes, España tiene una cuota del 1,26%, frente a Alemania que tiene el 60,2%³⁷.

Hasta el momento actual, los países más innovadores en tecnologías sanitarias (Estados Unidos, Alemania, Reino Unido, Francia, Japón,...) se caracterizan por disponer de potentes incentivos financieros, recursos punteros para la innovación, un sistema

regulatorio favorable, pacientes demandantes sin sensibilidad al precio, y una red inversora de apoyo. Estados Unidos es sede de 32 de las 46 compañías de tecnología sanitaria con más de 1 billón de dólares en facturación³⁸. La Figura 24 recoge las características de su modelo en relación con los cinco pilares de la innovación.

Son necesarias unas políticas que impulsen la creación de empresas innovadoras y “starts up” y el desarrollo de un marco favorable para que las compañías multinacionales se vean atraídas hacia nuestro país, incluyendo el ámbito regulatorio, mayores disponibilidades financieras (vía ayudas

Figura 24.
Los cinco pilares clásicos de la innovación en tecnología médica

| Potentes incentivos financieros | Recursos punteros para la innovación | Sistema regulatorio favorable | Pacientes demandantes y sin sensibilidad al precio | Apoyo inversor |
|---|--|--|---|---|
| Incentivos del mercado Incentivos sanitarios | Recursos innovadores Producción innovadora | Proceso regulatorio de aprobación Entorno legal | Demanda sanitaria Necesidades e infraestructura | Entorno de inversión Comercialización de tecnología médica |
| Mayor gasto sanitario per capita. Altos niveles de reembolso y amplia oferta de procedimientos clínicos, que promueve la adopción de nuevas innovaciones por parte del médico. | Liderazgo en centros clínicos académicos. Elevada financiación vía subvenciones, por un importe anual superior a 25 billones de dólares, como soporte al avance de la medicina. | Liderazgo de la FDA en el establecimiento de estándares y directrices para la seguridad y eficacia de las tecnologías médicas. Otros países a menudo esperan a ver la posición de la FDA antes de actuar sobre las aplicaciones de las tecnologías médicas. | Mayor demanda de servicios sanitarios. En los últimos 50 años, la proporción de costes sanitarios pagados por los pacientes de EEUU se ha reducido del 47% al 12%. | Las tecnologías médicas constituyen la segunda o tercera categoría de inversión entre <i>venture capital</i> y <i>angel investors</i> . La financiación mediante <i>venture capital</i> ascendió a un promedio de 2,5 billones de dólares anuales en la última década. |

Fuente: Medical Technology Innovation Scorecard. PwC, enero 2011.

³⁷ Intervención de Jordi Ramentol, presidente de Farmaindustria, en la sesión sobre “La industria farmacéutica” de la I Conferencia sobre propiedad intelectual de la Cámara de Comercio de EEUU en España. Sanifax, 20 de enero de 2011.

³⁸ Englander J, Seligman P. Standard & Poor’s Industry Surveys. Healthcare: products & Supplies. 4 de febrero de 2010.

públicas) para apoyar los procesos de I+D+i, favorecer la colaboración entre agentes tanto a nivel nacional como con el entorno internacional, atraer e invertir en profesionales de talento con capacidad para materializar proyectos innovadores. Los hospitales de alta complejidad deben implicarse más en procesos de generación de innovación, desarrollando lazos estrechos con organismos de investigación y con las empresas y siendo más activos en la generación de ideas y búsqueda de nuevas fuentes de financiación, con el fin de acelerar el proceso de desarrollo y aplicación de innovaciones.

Los acontecimientos recientes que afectan de forma directa o indirecta a la industria farmacéutica, como los dos Reales Decretos para la reducción de la factura farmacéutica o las iniciativas de algunas comunidades autónomas, generan incertidumbre y desconfianza para la industria, lo que no favorece la atracción de empresas multinacionales, ni las inversiones productivas ni el I+D. El sector es sensible a la necesidad de establecer políticas de contención del gasto, pero requiere una mayor seguridad jurídica para poder realizar una planificación empresarial con mayores garantías.

En segundo lugar, **favorecer una rápida incorporación de innovaciones de alto valor añadido**. Los avances de la medicina y de las nuevas tecnologías permiten obtener mejores diagnósticos y tratamientos, contribuyen a la detección temprana y a la prevención de enfermedades (que pueden evitar tratamientos futuros de costes muy elevados), y mejoran el proceso asistencial, tanto desde una perspectiva de mayor eficiencia como de resultados en el paciente (como la cirugía

mínimamente invasiva). A su vez las nuevas tecnologías sanitarias, siendo una palanca de crecimiento del gasto sanitario, permiten a su vez ahorrar costes sanitarios, como han demostrado diversos estudios de coste-efectividad y coste-beneficio³⁹.

La incorporación de las innovaciones más valiosas en medicina requiere evaluar su eficiencia y aportación de valor, ya que no hay dinero para financiarlo todo. Obliga al funcionamiento de un rol muy activo en la evaluación tecnológica (a través de las agencias de evaluación u otros organismos). Sin una evidencia de alta calidad, las decisiones sobre la incorporación de nuevas tecnologías quedan condicionadas por los factores sociales, económicos e institucionales. Según la Organización Médica Colegial (OMC), el 30% del gasto sanitario se despilfarra en tratamientos ineficaces y usos inapropiados o erróneos de tecnologías médicas⁴⁰. La innovación es imprescindible pero requiere ser también selectivos.

Recientemente se ha publicado un informe de recomendaciones⁴¹ para mejorar la adopción de tecnologías sanitarias en España, que refuerza la idea anterior y establece propuestas dirigidas a los distintos grupos de interés (OMC, agencias de evaluación de tecnologías sanitarias, Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios, universidades, autoridades sanitarias, servicios de salud, parlamentos y partidos políticos).

El peso de los estudios que expresan los resultados en variables finales (Años de Vida Ajustados por Calidad o, incluso, Años de Vida Ganados) todavía es reducido. En España los autores de

³⁹ Cutler D, McClellan M. Is technological change in medicine worth it? Health Affairs, 2001.

⁴⁰ El Economista, 20 de enero de 2010.

⁴¹ Recomendaciones para mejorar la adopción de las innovaciones sanitarias y su utilización en la sanidad española. Conclusiones de la Jornada organizada por la OMC, la Fundación para la Formación de la OMC y la Fundación Kovacs. Enero 2011.

algunos estudios recomiendan intervenciones con un coste por Año de Vida Ganado (AVG) inferior a los 30.000 euros, comienzan a aparecer dudas a partir de los 60.000-90.000 euros y no se recomiendan aquellas intervenciones por encima de los 120.000 euros⁴². El uso de un umbral de estas características no debe ser el único criterio para la toma de decisiones ya que, aunque establece si una intervención representa un uso eficiente de los recursos limitados y promueve la priorización y asignación óptima de recursos, hay que utilizar también criterios de equidad, no implica gastar menos sino mejor, y además debe considerarse su evolución de forma dinámica en el tiempo⁴³.

Implicaciones

- Nuestro país requiere una reflexión sobre los cinco pilares que contribuyen a la innovación en el sector sanitario, si quiere ser una potencia en este campo.
- Será necesario revisar y mejorar el proceso de adopción de las innovaciones sanitarias, así como realizar una monitorización del uso apropiado de las tecnologías en el Sistema Nacional de Salud. La introducción de innovaciones se puede ver afectada por “adquisiciones economicistas” en un momento de déficit y control férreo del gasto. Así pues, habrá que evaluar la eficacia, la seguridad, la efectividad y la eficiencia de las tecnologías sanitarias que se están utilizando y financiando en el sistema, y dejar de financiar aquellas que se demuestren ineficaces y/o supongan riesgos importantes para la salud. Así se liberarán recursos que se podrán destinar a innovaciones de alta efectividad diagnóstica y terapéutica.
- Desarrollar un marco regulatorio estable y predecible, que reconozca la inversión que da lugar a la innovación y que permita la recuperación razonable de la misma a través de mecanismos internacionalmente reconocidos.
- Se deberá regular la obligatoriedad de realizar evaluaciones económicas de las nuevas tecnologías, con carácter previo a su incorporación. El desarrollo de un marco legal a nivel nacional permitirá garantizar que las nuevas prestaciones que se incorporen a la cartera de servicios son las que aportan mayor valor añadido para el interés general.
- El desarrollo de la evaluación de la innovación requerirá fortalecer a las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias, aumentar la cuantía de fondos destinados a la evaluación y seguimiento de uso apropiado. Pero también será necesaria una mayor transparencia de las agencias en relación con la información que generan, dotándose de herramientas que permitan difundir públicamente la documentación, que faciliten el acceso a informes y su consulta pública, y que cobren un mayor protagonismo en la toma de decisiones sobre nuevas prestaciones que incluyan tecnologías sanitarias.
- Los centros hospitalarios deben adquirir un mayor protagonismo en la generación de ideas innovadoras, ya que es aquí donde se detectan las necesidades en salud y donde radica el conocimiento científico-técnico necesario. Aunque en los últimos años se ha incrementado la investigación traslacional y todas las estrategias de investigación en los centros incorporan como línea fundamental este objetivo, debe promoverse el que los hospitales aporten a la medicina productos innovadores, con la colaboración de las empresas y el acceso a financiación. Ello requerirá introducir en el sistema incentivos adecuados y fortalecer la formación en metodología de investigación.
- La introducción de procesos de adquisición de tecnologías sanitarias basadas en criterios de riesgo compartido permitirá a la Administración equilibrar el precio que paga en función de la efectividad de estas, al tiempo que facilitará la incorporación de tecnologías innovadoras de alto valor.
- Fomentar la colaboración entre los distintos agentes que forman parte del proceso de innovación, promover la creación de clústers tecnológicos y crear redes y plataformas de conocimiento.

⁴² Oliva J, del Llano JE, Sacristán JA. La evaluación económica de tecnologías sanitarias en España: situación actual y utilidad como guía en la asignación de recursos humanos. *Economía de la Salud* 2003 (804).

⁴³ Ponencia de Xabier Badia sobre Evaluación Económica y Salud Pública. IMS Health. Universidad de Alcalá, 17 de septiembre de 2009.

Índice de figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1: Gasto desplazado de ejercicios anteriores a fin de cada ejercicio | 7 |
| Figura 2: Medidas de recorte del gasto público | 8 |
| Figura 3: Otras medidas de ahorro | 8 |
| Figura 4: Deuda sanitaria de las comunidades autónomas | 9 |
| Figura 5: Proporción del gasto sanitario público y privado y peso sobre el PIB | 11 |
| Figura 6: Presupuesto sanitario total per cápita | 14 |
| Figura 7: Evolución del gasto sanitario público de las comunidades autónomas | 17 |
| Figura 8: Desglose del potencial de ahorro mediante la implantación de oportunidades identificadas | 18 |
| Figura 9: Algunos ejemplos de ámbitos de medidas de reducción de costes | 19 |
| Figura 10: Ejemplos de diferentes roles en la toma de decisiones en salud | 23 |
| Figura 11: Prácticas de buen gobierno en algunos países europeos | 25 |
| Figura 12: Evolución de la productividad en el NHS | 27 |
| Figura 13: Evolución de la productividad en el CatSalut y el NHS | 28 |
| Figura 14: Estrategias clave para la mejora de la productividad | 28 |
| Figura 15: Evolución de ratios hospitalarios de actividad por profesional (sanidad pública) | 29 |
| Figura 16: Evolución de ratios hospitalarios de actividad por profesional sanitario y comunidad autónoma | 29 |
| Figura 17: Evolución de la facturación de clínicas privadas no benéficas por segmentos | 33 |
| Figura 18: Volumen total de primas – ramo salud | 33 |
| Figura 19: Evolución de las primas netas de prestaciones y evolución de la siniestralidad | 34 |
| Figura 20: Cuota de mercado de las 10 primeras empresas del subsector hospitalario privado | 37 |
| Figura 21: Distribución de la oferta hospitalaria privada | 37 |
| Figura 22: Potencial de ahorro en los modelos PPP | 42 |
| Figura 23: Evolución del gasto farmacéutico público (oficinas de farmacia) | 45 |
| Figura 24: Los cinco pilares clásicos de la innovación en tecnología médica | 49 |

Contactos

Consultoría Sanidad y Farma

Ignacio Riesgo
Leader de Sanidad y Farma

Leticia Rodríguez Vadillo
Directora de Sanidad y Farma, Centro

Rosana Codoñer
Directora de Sanidad y Farma, Levante

Maryam Luzárraga
Socia de Sanidad y Farma, Norte

Óscar Gil
*Director de Sanidad y Farma, área de
Tecnologías de la Información y de las
Comunicaciones*

Ana Rodríguez Flores
Senior Manager de Sanidad y Farma

Ana González-Estéfani
Senior Manager de Sanidad y Farma

Ramón Pérez Valero
Gerente de Sanidad y Farma

Borja Sangrador
Gerente de Sanidad y Farma

David Fernández
Gerente de Sanidad y Farma

Susana Serrano
Gerente de Sanidad y Farma

Yanira Buil
Gerente de Sanidad y Farma

Transacciones

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

Francisco Javier Pérez Gómez
Senior Manager de Transactions

Auditoría

Rafael García Anguita
Socio, Sanidad

Luis Sánchez
Socio, Farma

Asesoramiento Fiscal y Legal

José Luis Beotas
Socio

Rafael Rodríguez Alonso
Socio

Javier Gómez
Socio

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 (www.pwc.com) ofrece servicios de auditoría, consultoría y asesoramiento legal y fiscal, especializados en cada sector, para dar confianza e incrementar el valor de sus clientes. Más de 161.000 personas en 154 países aúnan sus conocimientos, experiencia y soluciones para aportar nuevos puntos de vista y un asesoramiento práctico.

© 2011 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.