



INFORME ESPECIAL

La sanidad en Europa y en España: asignaturas pendientes

Madrid, abril 2016

d+i desarrollando
ideas

LLORENTE & CUENCA



1. INTRODUCCIÓN
2. PLAN DE TRABAJO DE LA UNIÓN EUROPEA
3. DICTAMEN DEL COMITÉ ECONÓMICO Y SOCIAL EUROPEO
4. RECOMENDACIONES ESTRATÉGICAS PARA EL NUEVO GOBIERNO

AUTORES

I. INTRODUCCIÓN

La Sanidad es uno de los pilares fundamentales sobre los que se asienta el modelo social europeo, conformando uno de los elementos característicos de la sociedad europea frente a cualquiera otra en el mundo. Sin embargo, cuando se examina la Sanidad país a país, se constata una considerable diversidad de situaciones: hay países que responden al modelo Beveridge y que optan por la financiación de la Sanidad con impuestos, en tanto que otros se han inclinado por el modelo bismarkiano y prefieren la financiación vía cotizaciones a la Seguridad Social.

Por otra parte, los indicadores sanitarios que caracterizan el funcionamiento de cada uno de los sistemas muestran una importante heterogeneidad, en parte debida a la escasa fiabilidad de los datos, que corresponden a fuentes y a periodos distintos. Entre esas fuentes cabe citar los Informes de la OCDE, los de la Oficina Regional Europea de la OMS y los del Ministerio español de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, el último de los cuales es de 2014. A tenor de dichos Informes, nuestro Sistema Nacional de Salud, se situaría en una zona media/alta, según el indicador que se contemple.

Uno de los indicadores clásicos, pero no necesariamente el más relevante, es el de la participación del gasto sanitario total en el PIB. En 2012 Holanda llegaba casi al 12 % y Alemania y Francia superaban ligeramente el 11 %, España e Italia tenían una participación de 9,2 %. A la cola del ranking figuraba Estonia con poco menos del 6 %. Si bien es evidente que la crisis y los consiguientes ajustes presupuestarios han modificado estos datos.

Así, si en España el sector sanitario público estaba situado en el 6,5 % en 2011, ahora ha pasado al 5,6 % y, cumpliéndose los compromisos con Bruselas llegaría a estar en el 5,3 en 2018. Mientras, el gasto sanitario gestionado por el sector privado ha ido creciendo hasta situarse en el 28,29 % del gasto sanitario total, consolidando, con más o menos dificultades, su presencia en todas las Comunidades Autónomas.

En cualquier caso, la significación del gasto sanitario en función del PIB no debería valorarse de modo aislado. Este indicador habría de ponerse en relación con otros factores no menos importantes, tales como la mayor o menor accesibilidad de los ciudadanos a las prestaciones y servicios, los copagos, el grado de la eficiencia en la gestión de los recursos, la calidad de la asistencia y, sobre todo, los resultados en salud.

“Es un hecho que los sistemas sanitarios de los países europeos presentan una notoria heterogeneidad en sus características”

En este sentido, cabe recordar el caso de EE. UU., que con una participación del 19 % del gasto sanitario en el PIB, tiene 40 millones de ciudadanos sin cobertura sanitaria.

Otro indicador de interés para valorar los sistemas sanitarios es el de la esperanza de vida después de los 65 años. Se trata de un dato importante, porque mayor longevidad significa avances en los resultados en salud, pero también mayor frecuentación asistencial, mayor consumo de medicamentos y mayor número de personas con discapacidad y/o dependencia, que requieren especiales servicios.

Pues bien, si en Polonia, Bulgaria o Hungría la media de esperanza de vida a partir de los 65 está en torno a los 13 años, España se sitúa en más de 22 años para las mujeres y en casi 19 en el caso de los hombres.

Es un hecho que los sistemas sanitarios de los países europeos presentan una notoria heterogeneidad en sus características, circunstancia que tiene en cuenta el Tratado de Funcionamiento de la UE, cuyo artículo 168 establece que corresponde a los Estados miembros la competencia en la organización, financiación y gestión de sus respectivos sistemas sanitarios.

Sin embargo, las instituciones comunitarias disponen de mecanismos para favorecer la coordinación y la convergencia en los modelos asistenciales. Se trata de normas (Reglamentos y

Directivas) y de acciones conjuntas ante situaciones de crisis de salud pública y de Planes de Trabajo comunitarios.

Ejemplos de ello son el Reglamento 833/2004 sobre coordinación de la asistencia sanitaria en el ámbito de los sistemas de Seguridad Social o las Directivas de asistencia sanitaria transfronteriza, de farmacovigilancia, de lucha contra la falsificación de medicamentos, de regulación de los biosimilares u otras relativas a títulos y al ejercicio de las profesiones sanitarias.

2. PLAN DE TRABAJO DE LA UNIÓN EUROPEA

Merece especial atención el Plan de trabajo impulsado por la Comisión Europea en Junio de 2014, dentro de la Estrategia 2020. Denominado Plan de trabajo de la Unión Europea para unos sistemas de salud eficaces, accesibles y robustos, se establece desde el respeto a las competencias de los Estados miembros, pero aportando la unión de directrices y herramientas de supervisión y evaluación. El Plan comprende los siguientes elementos esenciales:

- Apoyo al refuerzo de la eficacia de los sistemas de salud. En tres aspectos: evaluación del rendimiento de los sistemas; calidad de la asistencia y seguridad de los pacientes; e integración de las prestaciones.
- Incremento del acceso a la asistencia sanitaria, a través de: acciones sobre el personal

“Es prioritaria la lucha contra las desigualdades en salud”

sanitario; uso rentable de los medicamentos; y aplicación óptima de la Directiva 2011/24/UE.

- Mejora de la resistencia de los sistemas de salud, con los siguientes planteamientos: evaluación de las tecnologías sanitarias; sistemas de información sanitaria; y salud en línea.

3. DICTAMEN DEL COMITÉ ECONÓMICO Y SOCIAL EUROPEO

El Comité Económico y Social de la Unión Europea valoró positivamente este Plan mediante un importante Dictamen¹, aprobado por el Pleno del pasado 22 de enero, cuyas principales conclusiones se resumen en los siguientes puntos:

- Los sistemas de salud de los Estados miembros de la Unión Europea tienen que estar basados en principios y valores tales como la universalidad, la accesibilidad, la equidad y la solidaridad. Sin esos principios básicos no podemos crecer en una dimensión social de Europa.
- La crisis económica que sufre la Unión Europea en general y determinados Estados en particular no puede resolverse con medidas que acaben rebajando el derecho a la protección de la salud de los ciudadanos europeos. La salud, pese a los costes y precios de las

prestaciones sanitarias, no es una mercancía y, por lo tanto, no puede depender del poder adquisitivo de los ciudadanos.

- Reforzar la eficacia de los sistemas de salud pasa por asegurar el valor de los recursos utilizándolos de la manera más eficiente y efectiva posible, vinculando el concepto de calidad científico-técnica al concepto de eficiencia y de sostenibilidad como una perspectiva esencial en la organización sanitaria y en la práctica profesional, y siempre con el máximo respeto al paciente.
- Sin datos válidos y relevantes no es posible progresar y disponer de indicadores homogéneos que permitan apoyar la toma de decisiones y el análisis científico. La Comisión y los Estados miembros deben agilizar la adopción de un sistema de indicadores fiables que permita el análisis y la adopción de medidas a nivel comunitario.
- Es prioritaria la lucha contra las desigualdades en salud. Las diferencias existentes en los ámbitos social, económico y político son determinantes en la distribución de la enfermedad. Por eso es preciso el compromiso de los Estados para garantizar que se presten los servicios de salud de una forma igualitaria, con independencia del lugar geográfico, del género, nivel de

¹ Dictamen del Comité Económico y Social Europeo sobre la Comunicación de la Comisión Europea sobre Sistemas Sanitarios eficaces, accesibles y robustos. Ponente José Isaías Rodríguez García-Caro

“Habría que analizar si España está haciendo sus deberes y si está impulsando las reformas necesarias”

renta y solvencia económica, edad, raza o cualquier otra dimensión; y que la prestación de los servicios de salud sea financiada con fondos públicos (fiscalidad y seguros de enfermedad) como elemento solidario de redistribución de los recursos. Es necesario mantener una cartera de servicios lo mas amplia posible, a unos costes razonables, evitando que el copago represente un obstáculo de acceso a los más desfavorecidos.

- Los profesionales sanitarios son un elemento esencial de los sistemas de salud. Una formación técnica y científica de alta calidad es imprescindible para poder disponer de profesionales altamente formados, que puedan afrontar con éxito las necesidades asistenciales de los ciudadanos de la Unión. Así mismo los aspectos éticos de su formación deben ser igualmente cuidados y fomentados en los Estados miembros.
- El fomento de la atención primaria, como elemento básico en la asistencia sanitaria que prestan los sistemas sanitarios, puede ser una herramienta de mejora de los resultados de salud de dichos sistemas y un elemento de corrección del gasto que permita una mejor sostenibilidad financiera de los mismos. La Comisión debe desarrollar un papel de coordinación en la transmisión de

experiencias nacionales entre los Estados miembros.

- Es necesario realizar un esfuerzo de contención en el gasto farmacéutico y de altas tecnologías, ya que son elementos que influyen decisivamente en la sostenibilidad de los sistemas sanitarios. Las agencias nacionales y comunitarias tienen que desempeñar un papel determinante en la evaluación de la eficacia y seguridad que, en términos de salud, pueden aportar los medicamentos y tecnologías que se introducen en el mercado.
- Las Tecnologías de la Información y la Comunicación tienen que seguir desempeñando un papel cada vez más preponderante en los sistemas de salud de los Estados miembros, sin olvidar que la dimensión humana debe estar en el centro de la salud electrónica.

Pues bien, a la luz de estos objetivos, habría que analizar en qué medida España está haciendo sus deberes y si está impulsando las reformas necesarias. Es cierto que durante estos últimos años se han tomado decisiones, conectadas con la crisis y una importante deuda, suavizadas con el Fondo de Liquidez Autonómico. Entre ellas destacan las contenidas en el Real Decreto Ley 16/2012. Lamentablemente, las medidas de reforma sanitaria no contaron con el respaldo político ni autonómico.

“Potenciar la promoción de hábitos saludables y la prevención de las enfermedades”

Una vez más el deseable Pacto de Estado por la Sanidad no llegó a alcanzarse en el Parlamento y los Gobiernos autonómicos, en lugar de acordar en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud reformas estructurales, han venido desarrollando políticas dispersas, centradas en recortes en el ámbito de los recursos humanos y en el gasto farmacéutico. Esto, en no pocas ocasiones, ha dado lugar a indeseables desigualdades que afectan a los derechos de los pacientes en función del lugar donde viven.

Como resultado de estos desencuentros, al finalizar la pasada Legislatura quedó una importante agenda de asuntos pendientes; en particular, medidas consensuadas en un Consejo Interterritorial más potente y ejecutivo que permitiesen conseguir mejor coordinación entre los servicios sanitarios de las diferentes Comunidades Autónomas, así como entre los distintos niveles asistenciales; mayor humanización de la asistencia; un papel robusto de la Atención Primaria; un potente despliegue en materia de salud pública; un funcionamiento coordinado de los servicios sociales y servicios sanitarios; una nueva política de recursos humanos, que favorezca la motivación y la estabilidad de los profesionales, y unos cauces de participación efectiva de las Asociaciones de Pacientes en el futuro funcionamiento del sistema sanitario.

4. RECOMENDACIONES ESTRATÉGICAS PARA EL NUEVO GOBIERNO

Por todo ello y en línea con las recomendaciones europeas, parecería razonable plantear, para el próximo gobierno, los siguientes objetivos estratégicos:

- Adaptar nuestro sistema sanitario al cambio de paradigma derivado de la cronicidad y del envejecimiento.
- Dar prioridad a la recuperación de los principios de igualdad de trato y de cohesión territorial. Todos los ciudadanos son iguales en todos los territorios de España y tienen derecho a las mismas prestaciones.
- Impulsar una verdadera gobernanza de nuestro sistema sanitario reformando las funciones del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
- Establecer un nuevo modelo de financiación, optimizando los recursos, en el que se tengan en cuenta los principios de suficiencia, cohesión, calidad asistencial y eficiencia en la gestión.
- Impulsar las TIC's como herramienta de prevención, seguimiento y control de la salud de los ciudadanos.
- Trabajar por un Pacto por la Sanidad, similar al Pacto de Toledo. La sostenibilidad del sistema de salud y del sistema de seguridad social no puede estar en juego.

“Esta agenda sanitaria requiere más diálogo, más compromiso y más recursos económicos”

Además, como medidas concretas sería preciso:

- Trabajar por un Pacto por la Sanidad, similar al Pacto de Toledo. La sostenibilidad del sistema de salud y del sistema de seguridad social no puede estar en juego.
 - Potenciar con más recursos la promoción de hábitos saludables y la prevención de las enfermedades. Solo se dedica el 1,1 % del presupuesto sanitario a medidas de salud pública
 - Poner en marcha una política de empleo en los Servicios Públicos de Salud, a medio y largo plazo, en función de la evolución de las necesidades asistenciales y de su distribución territorial.
 - Reformar los contenidos formativos de las profesiones sanitarias, fomentar el trabajo en equipo, y adoptar medidas que impulsen una mayor motivación de los profesionales.
 - Revisar la cartera básica de servicios y resolver los actuales problemas de acceso a las prestaciones, en particular a los medicamentos.
 - Apostar por la investigación biomédica y apoyar la innovación en línea con las políticas comunitarias, contando con iniciativas público-privadas.
 - Avanzar en la “e-salud”, garantizando la interconexión y la interoperabilidad de todos los Servicios Públicos de Salud y promover una política planificada a medio plazo para las inversiones en este ámbito.
 - Mejorar la eficiencia de la asistencia mediante la atención integral y continuada en los procesos asistenciales y reordenar los recursos disponibles, prestando especial atención a los cuidados de larga duración en coordinación con los servicios sociales.
 - Apoyar la atención domiciliaria, crucial ante el fenómeno del envejecimiento y ante las necesidades asociadas a la discapacidad y dependencia.
 - Culminar la aprobación de la Estrategia sociosanitaria.
 - Revisar la política farmacéutica y su marco regulatorio, haciéndolo estable y previsible y considerando los medicamentos como una potente herramienta terapéutica y no como un mero factor de coste.
 - Establecer un nuevo marco regulatorio para la colaboración público-privada, modernizando y dando transparencia a los sistemas de contratación pública.
 - Aprobar medidas de apoyo para la participación, la formación e información de los pacientes y sus asociaciones
- Esta agenda sanitaria requiere más diálogo, más compromiso y más recursos económicos. Sería así como nuestro sistema sanitario sintonizaría mejor con las demandas de nuestra sociedad.

Autores



Julio Sánchez Fierro es vicepresidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario. Licenciado en derecho, es socio y director del Área de Derecho Farmacéutico y Área Socio-Sanitaria en DE LORENZO ABOGADOS y vicepresidente del Consejo Asesor de Sanidad. Fue Secretario General Técnico del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España, subsecretario de Sanidad y Consumo, presidente de la Agencia Española del Medicamento y miembro de la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados. Imparte clases como profesor del Máster Universitario de Derecho Sanitario de la Universidad San Pablo CEU. Académico correspondiente de la Real Academia de Medicina de Andalucía. Fue distinguido con la Medalla del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos en 2014.

jsfierro@delorenzoabogados.es



José Isaías Rodríguez es consejero de LLORENTE & CUENCA España. Destacado profesional conocedor de Europa y de las relaciones de las empresas españolas con la administración europea, inició su carrera en la Confederación Española de Organizaciones Empresariales (CEOE) como Director Adjunto del Departamento de Comunidades Europeas. Durante 25 años, ha sido Director de la Delegación de la CEOE en Bruselas, cargo desde el que ha representado los intereses de las empresas españolas ante las Instituciones Europeas y ante BUSINESSEUROPE. Posteriormente y durante dos años fue Vicesecretario General de la CEOE. Ha sido durante 24 años consejero del Comité Económico y Social Europeo y Vicepresidente del Grupo Empleadores. Es Patrono de la Fundación ADECCO. Es Licenciado en Ciencias Económicas y Empresariales por la Universidad de Sevilla, Master en Estudios Europeos por la Universidad Católica de Lovaina y Diplomado en Estudios Europeos por el Ministerio de Asuntos Exteriores de España (Escuela Diplomática).

jirodriguez@llorenteycuenca.com

LLORENTE & CUENCA

DIRECCIÓN CORPORATIVA

José Antonio Llorente
Socio fundador y presidente
jalloriente@llorenteycuenca.com

Enrique González
Socio y CFO
egonzalez@llorenteycuenca.com

Adolfo Corujo
Socio y director general corporativo
de Talento, Organización e
Innovación
acorujo@llorenteycuenca.com

Tomás Matesanz
Director general corporativo
tmatesanz@llorenteycuenca.com

DIRECCIÓN ESPAÑA Y PORTUGAL

Arturo Pinedo
Socio y director general
apinedo@llorenteycuenca.com

Goyo Panadero
Socio y director general
gpanadero@llorenteycuenca.com

DIRECCIÓN AMÉRICA LATINA

Alejandro Romero
Socio y CEO América Latina
aromero@llorenteycuenca.com

Luisa García
Socia y CEO Región Andina
lgarcia@llorenteycuenca.com

José Luis Di Girolamo
Socio y CFO América Latina
jldgirolamo@llorenteycuenca.com

DIRECCIÓN DE TALENTO

Daniel Moreno
Gerente de RR. HH.
para España y Portugal
dmoreno@llorenteycuenca.com

Marjorie Barrientos
Gerente de RR. HH.
para la Región Andina
mbarrientos@llorenteycuenca.com

Karina Valencia
Gerente de RR. HH.
para Norteamérica,
Centroamérica y Caribe
kvalencia@llorenteycuenca.com

Karina Sanches
Gerente de RR. HH. para el
Cono Sur
ksanches@llorenteycuenca.com

ESPAÑA Y PORTUGAL

Barcelona

María Cura
Socia y directora general
mcura@llorenteycuenca.com

Muntaner, 240-242, 1º-1ª
08021 Barcelona
Tel. +34 93 217 22 17

Madrid

Joan Navarro
Socio y vicepresidente
Asuntos Públicos
jnavarro@llorenteycuenca.com

Amalio Moratalla
Socio y director senior
amoratalla@llorenteycuenca.com

Lagasca, 88 - planta 3
28001 Madrid
Tel. +34 91 563 77 22

Ana Folgueira
Directora general de
Impossible Tellers
ana@impossibletellers.com

Impossible Tellers
Diego de León, 22, 3º izq
28006 Madrid
Tel. +34 91 438 42 95

Lisboa

Madalena Martins
Socia
mmartins@llorenteycuenca.com

Tiago Vidal
Director general
tvidal@llorenteycuenca.com

Carlos Ruiz
Director
cruiz@llorenteycuenca.com

Avenida da Liberdade nº225, 5º Esq.
1250-142 Lisboa
Tel: + 351 21 923 97 00



Sergio Cortés
Socio. Fundador y presidente
scortes@cink.es

Calle Girona, 52 Bajos
08009 Barcelona
Tel. +34 93 348 84 28

ESTADOS UNIDOS

Miami

Erich de la Fuente
Socio y director general
edela Fuente@llorenteycuenca.com

600 Brickell Avenue
Suite 2020
Miami, FL 33131
Tel. +1 786 590 1000

Nueva York

Latam Desk
Adriana Aristizábal
Consultora senior
aaristizabal@llorenteycuenca.com

277 Park Avenue, 39th Floor
New York, NY 10172
Tel. +1 917 833 0103

MÉXICO, CENTROAMÉRICA Y CARIBE

Ciudad de México

Juan Rivera
Socio y director general
jrivera@llorenteycuenca.com

Av. Paseo de la Reforma 412, Piso 14,
Col. Juárez, Del. Cuauhtémoc
CP 06600, Ciudad de México
Tel: +52 55 5257 1084

La Habana

Pau Solanilla
Director general para Cuba
psolanilla@llorenteycuenca.com

Lagasca, 88 - planta 3
28001 Madrid
Tel. +34 91 563 77 22

Panamá

Javier Rosado
Socio y director general
jrosado@llorenteycuenca.com

Av. Samuel Lewis
Edificio Omega - piso 6
Tel. +507 206 5200

Santo Domingo

Iban Campo
Director general
icampo@llorenteycuenca.com

Av. Abraham Lincoln 1069
Torre Ejecutiva Sonora, planta 7
Tel. +1 809 6161975

REGIÓN ANDINA

Bogotá

María Esteve
Directora general
mesteve@llorenteycuenca.com

Carrera 14, # 94-44. Torre B – of. 501
Tel: +57 1 7438000

Lima

Luisa García
Socia y CEO Región Andina
lgarcia@llorenteycuenca.com

Av. Andrés Reyes 420, piso 7
San Isidro
Tel: +51 1 2229491

Quito

Alejandra Rivas
Directora general
arivas@llorenteycuenca.com

Avda. 12 de Octubre N24-528 y
Cordero – Edificio World Trade
Center – Torre B - piso 11
Tel. +593 2 2565820

Santiago de Chile

Claudio Ramírez
Socio y gerente general
cramirez@llorenteycuenca.com

Magdalena 140, Oficina 1801.
Las Condes.
Tel. +56 22 207 32 00

AMÉRICA DEL SUR

Buenos Aires

Pablo Abiad
Socio y director general
pabiad@llorenteycuenca.com

Daniel Valli
Director senior de Desarrollo
de Negocio en el Cono Sur
dvalli@llorenteycuenca.com

Av. Corrientes 222, piso 8. C1043AAP
Tel: +54 11 5556 0700

Rio de Janeiro

Yeray Carretero
Director
ycarretero@llorenteycuenca.com

Rua da Assembleia, 10 - Sala 1801
RJ - 20011-000
Tel. +55 21 3797 6400

São Paulo

Marco Antonio Sabino
Socio y presidente Brasil
masabino@llorenteycuenca.com

Juan Carlos Gozzer
Director general
jgozzer@llorenteycuenca.com

Rua Oscar Freire, 379, Cj 111,
Cerqueira César SP - 01426-001
Tel. +55 11 3060 3390



d+i desarrollando
ideas
LLORENTE & CUENCA

Desarrollando Ideas es el Centro de Liderazgo a través del Conocimiento de LLORENTE & CUENCA.

Porque asistimos a un nuevo guión macroeconómico y social. Y la comunicación no queda atrás. Avanza.

Desarrollando Ideas es una combinación global de relación e intercambio de conocimiento que identifica, enfoca y transmite los nuevos paradigmas de la sociedad y tendencias de comunicación, desde un posicionamiento independiente.

Porque la realidad no es blanca o negra existe **Desarrollando Ideas**.

www.desarrollando-ideas.com

www.revista-uno.com