

DECLARACIÓN DE SEDISA SOBRE LAS REFORMAS SANITARIAS EN ESPAÑA Y EN LAS CCAA 2013



Considerando que se ha establecido un debate público sobre las reformas sanitarias en España y los distintos modelos de provisión pública sanitaria que está teniendo una amplia repercusión mediática, como Sociedad Española de Directivos de la Salud con amplia experiencia práctica en estos temas queremos dar nuestra opinión y ofrecer una visión más profesional, sosegada y ponderada en el debate sobre estos aspectos.

Actualmente los poderes públicos sufren una crisis de imagen ante los ciudadanos, lo cual hace que muchos ciudadanos recelen de cualquier solución o plan que venga de los poderes políticos, sobre todo si está es novedosa o incluye participación de la iniciativa privada en la misma. Por todo ello viendo la situación global de la opinión pública y de los profesionales de salud queremos hacer las siguientes consideraciones que pueden contribuir a aclarar conceptos y centrar el debate sobre los modelos de gestión sanitaria:

Nuestro Sistema de Salud según los últimos datos del 2009 está justo una décima por encima de la media de la OCDE de gasto sanitario en relación a nuestro PIB un 9,6%¹. Ello sin embargo no puede invocarse para no hacer reformas de calado en la gestión del mismo, ya que en España estamos inmersos en la mayor crisis económica de los últimos 50 años y el presupuesto en sanidad suponen entre el 30-40% del gasto de las CCAA, la mayor partida. La falta de liquidez es un problema acuciante. Hay que tener en cuenta que los déficit en las anualidades anteriores ha estado alrededor de los 15.000 millones de € con un déficit de 25,5% anual². Este déficit ha sido sistemático desde el 2002, pero ahora en una situación de caída de los ingresos del Estado y CCAA y cierre de los mercados a las CCAA para financiar su deuda, hace que haya que tomar medidas urgentes para la controlar el gasto público en todas sus partidas.

Presupuestos y Gastos totales en Sanidad en España (en millones de €)

Anualidad	Presupuesto Total	Gasto Total Real	Déficit absoluto	% Déficit
2007	52.383	64.339	11.956	22,82
2008	56.559	71.170	14.611	25,74
2009	58.960	75.395	16.435	27,87
2010	59.738	74.732	14.956	25,10
Suma del periodo	227.640	285.636	57.996	25,48

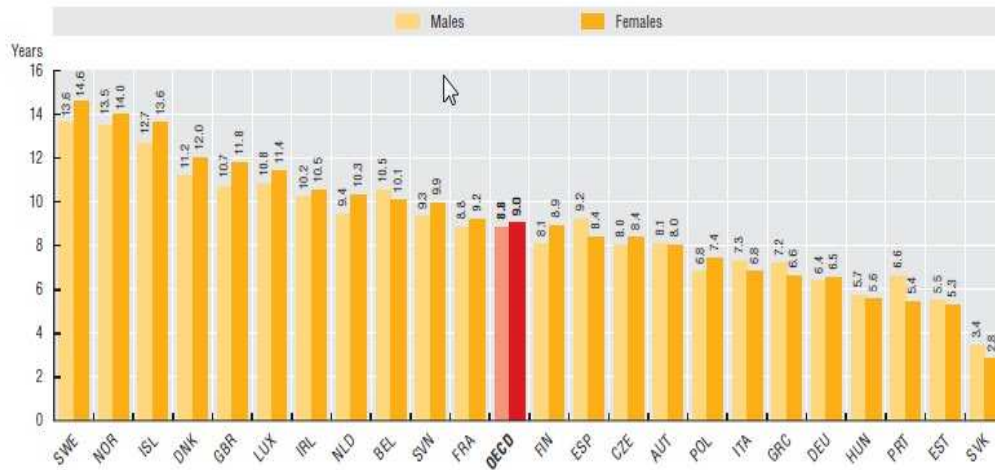
Fuente: Elaboración propia según los datos de presupuesto y gasto consolidado público del Ministerio de Sanidad (2).

Está bastante estudiado que a partir de un determinado nivel de gasto sanitario no aumenta la salud de la población, circunstancia que se da en nuestro entorno de la OCDE, ya que la salud de la población está muy influenciada por estilos de vida, el ambiente, el desarrollo socioeconómico, educativo, la carga genética y en menor medida por la asistencia sanitaria. No debemos pues caer en el error de pensar que mayores presupuestos y recursos sanitarios significan automáticamente más salud. Los sistemas sanitarios más eficientes en nuestra sociedad occidental, donde uno de los factores más importantes es el aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento poblacional, son aquellos que están girando el enfoque de su planificación y acción hacia la atención sociosanitaria, la atención a la cronicidad, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad³, consiguiendo más años de vida saludables⁴.

En este sentido aún tenemos un margen de mejora en años de vida sanos en mayores de 65 años:

DECLARACIÓN DE SEDISA SOBRE LAS REFORMAS SANITARIAS EN ESPAÑA Y EN LAS CCAA 2013

8.1.2 Healthy life years at age 65, European countries, 2009



Source: European Health and Life Expectancy Information System (EHLAIS); Eurostat Statistics Database.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932526388>

El modelo de Sanidad Pública en España está lo suficientemente consolidado para asegurar que seguirá siendo un modelo de Sistema Nacional de Salud Público, universal, de financiación y control públicos, aunque con diferentes modelos de proveedores que ya existen con más o menos desarrollo en las distintas CCAA, como son los centros de gestión directa de derecho administrativo, así como los de gestión alternativa ya sea privada (concesiones administrativa, fundaciones privadas) como pública (empresas públicas, fundaciones), o mixta (consorcios)⁵. La apuesta por mantener una Sanidad Pública financiada por impuestos es adecuada.

En este marco cualquier tipo de proveedor de los anteriormente citados está integrado en el Sistema Sanitario Público de la CCAA correspondiente, atendiendo y cumpliendo las reglas que el regulador público exija en cuanto a calidad de la prestación y cartera de servicios y sobre todo atención universal y gratuita, sin selección de pacientes y garantizando la equidad de acceso. En cualquier caso las CCAA como controladores y reguladores de la asistencia sanitaria tienen los instrumentos en sus manos para conseguir los objetivos y premisas anteriores ejerciendo un control efectivo sobre los proveedores.

La calidad de la asistencia se puede controlar en las formulas alternativas de gestión con los sistemas de información actuales en base a indicadores de proceso y resultado incluso en tiempo real. En comunidades autónomas como Cataluña la gestión alternativa supone más del 50% de los proveedores desde hace muchos años, sin que ello suponga merma en la calidad asistencial o los resultados en salud⁶. En la Comunidad Valenciana el 20% de la población está cubierta por Concesiones Administrativas (Modelo Public Private Parthnership PPP)^{7 8 9} de gestión privada de servicio público con titularidad pública, quedando los departamentos que ofrecen dichos servicios en los primeros lugares del ranking de indicadores de calidad que monitoriza la Conselleria de Sanitat de la Comunitat Valenciana¹⁰.

Consideramos que no se puede demonizar ningún modelo de gestión. Igual de falaz es decir que la gestión privada de servicio público va disminuir la calidad asistencial y sólo busca el lucro, que decir que la gestión

DECLARACIÓN DE SEDISA SOBRE LAS REFORMAS SANITARIAS EN ESPAÑA Y EN LAS CCAA 2013



pública directa es absolutamente ineficiente, son discursos extremos que no reflejan la realidad que es mucho más compleja. La buena gestión puede darse en cualquier modelo. Los modelos de gestión son meras herramientas para conseguir el fin de obtener la mejor gestión sanitaria posible, que en el caso de una sanidad pública sufragada por impuestos debe ser la que permita obtener el máximo nivel de salud al menor coste colectivo para la ciudadanía, que es quien la paga, manteniendo la equidad. Esto es una gestión orientada a maximizar la eficiencia.

Lo importante es que por tanto cada modelo de gestión tenga las herramientas e instrumentos suficientes para conseguir maximizar la eficiencia. Estos instrumentos gestores se desarrollan en el Informe que elaboró SEDISA el pasado año sobre Compromiso SEDISA con la Sostenibilidad del Sistema Sanitario en España¹¹.

Atendiendo a los diferentes estudios de variaciones en la práctica clínica que muestran de manera casi generalizadas tasas de hospitalizaciones innecesarias entre el 10-20% de los ingresos, así como de pruebas y tratamientos innecesarios de alrededor del 30%¹² podemos asegurar que existen aún bolsas de ineficiencia y margen de mejoras en los procesos sanitarios¹³ para permitir ahorros importantes que permitan avanzar en maximizar la eficiencia. Igualmente en cuanto a la parte estructural sanitaria, incluyendo los centros y los recursos humanos, hay márgenes para mejorar la eficiencia distribuyéndolos de manera eficaz en función de la población y cartera de servicios a la que atienden. Estos márgenes de mejora pueden darse en todos los modelos de gestión, sin embargo la potencia y eficacia de las herramientas gestoras para mejorar sí pueden marcar la diferencia dependiendo del modelo de gestión elegido¹⁴. En la gestión pública directa estos instrumentos hay que mejorarlos con toda claridad, lo que se viene demandando desde el Informe Abril¹⁵, ya que se mantiene un sistema estatutario rígido de gestión de personal junto con un sistema burocrático de gestión administrativa que han sido criticados desde hace años de manera permanente por expertos, e incluso por los propios profesionales, por no adaptarse a las necesidades de agilidad gestora necesaria y no contribuir a hacer una gestión de los recursos humanos que permita premiar la mayor implicación y el desempeño, deslizándose sistemáticamente todos los intentos de reforma en este aspecto hacia una sistema de ninguna o mínima diferenciación entre profesionales independientemente de su rendimiento y/o implicación¹⁶.

Es imprescindible tener mecanismos de control e incentivación eficaces, en cualquier tipo de gestión, para poder cumplir los objetivos que emanen de la planificación razonable y sostenible. La ventaja competitiva en herramientas gestoras para maximizar la eficiencia de los modelos de gestión alternativa a la gestión directa pública administrativa seguramente vienen condicionados por la existencia de una contabilidad de costes, con presupuestos cerrados a los que hay que tratar de ajustarse, regidos por derecho mercantil que permite compras, suministros e inversiones ágiles y negociando precios, así como el derecho laboral para la contratación del personal, que permite selección más ajustada a las necesidades particulares de los mismos y establecer modelos de incentivación propios ligados a objetivos de resultados y productividad¹⁷, y que se consideran para ser motivadores deben situarse alrededor del 20% del sueldo mensual. Quizá por ello todo ello los sucesivos informes de IASIST¹⁸ ¹⁹ con datos de más de la mitad de los hospitales españoles han mostrado sistemáticamente mejores resultados de calidad y coste en los centros públicos con modelos alternativos de gestión, sin que ello sea óbice para que determinados centros de gestión directa también estén entre los de mejores resultados como dice en el último informe.

DECLARACIÓN DE SEDISA SOBRE LAS REFORMAS SANITARIAS EN ESPAÑA Y EN LAS CCAA 2013



Es necesario que la gestión sanitaria en cualquiera de los modelos se despolitice y profesionalice, ligando la misma a contratos con cumplimiento de objetivos y evaluaciones, y no ligándola a nombramientos políticos. Creemos que en los centros de gestión pública también debería establecerse criterios objetivos para la contratación de los directivos y para sus ceses. SEDISA ha presentado al Ministerio de Sanidad y a las Consejerías de Sanidad de las CCAA un documento de profesionalización del directivo de la salud²⁰ en el que aboga por la creación de una acreditación profesional para ejercer como directivos sanitario y un acceso a los distintos tipos de centros por tramos según acreditada experiencia y solvencia.

Consideramos que es positivo introducir una mayor competencia entre los proveedores sanitarios en España para evitar los monopolios u oligopolios. Un sistema de competencia ya sea con proveedores públicos, privados o conjuntos, ligado a transparencia de resultados y rendición de cuentas es una potente herramienta para conseguir mayores cotas de eficiencia²¹. Creemos que para avanzar como país en la mejora de los usos de los fondos públicos y para contribuir a deshacer recelos de la ciudadanía la transparencia sería fundamental. La mejor forma y más eficiente de financiar a las proveedores de los servicios sanitarios públicos es la capitación (en función de la población que atienden) ajustada, ya que de esta manera se contribuye a la equidad de distribución de los fondos y recursos públicos y también se desincentiva el exceso de producción que suele llevar asociado el pago por acto o por proceso.

Con unas reglas de juego claras, objetivos medibles y presupuestos capitativos²² ajustados, con sistemas de evaluación y control lo suficientemente potentes para ofrecer similar calidad asistencial en todo el territorio a costes razonables homogeneizados, dentro de una horquilla de gasto asumible per capita, que supongan conciliar la sostenibilidad del sistema con la equidad territorial, los estándares de calidad y la satisfacción del usuario²³.

No hay que olvidar que los grandes Hospitales Públicos de tercer nivel han sido parte importante en la generación de gasto sanitario y que parte de las bolsas de ineficiencia más importantes puede encontrarse en ellos, bien por exceso de uso de tecnologías innecesario por su accesibilidad, así como por incrementos de plantillas poco controladas, inducido por el poder mediático y de atracción de dichos centros. No se está prestando atención en el debate de la reforma sanitaria estos centros y otros de gran tamaño de gestión pública directa, ya que sistemáticamente se obvian y olvidan limitándose las formulas alternativas de gestión en gran medida a centros nuevos, periféricos o de mediano tamaño. Es imprescindible poner en la agenda de reformas estos centros públicos y de todos los de gestión directa administrativa en general, para hacerlos más ágiles y para que teniendo mejores herramientas de gestión puedan entrar en una dinámica de competición y mejorar de su eficiencia. Para ello nuestra propuesta sería la transformación de los mismos en entidades de derecho público previstas por la ley, para mantener la gestión pública sin ánimo de lucro de los mismos, pero con formulas más ágiles como hemos comentado ya sea transformándolos en Empresas Públicas, Fundaciones Públicas o Consorcios, asignándoles una financiación capiativa ajustada e introduciéndolos en la senda de la evaluación sistemática del resultado en salud de sus tecnologías y del desempeño.

Documento con el visto bueno de la Junta Directiva coordinado por Carlos Alberto Arenas

REFERENCIAS

DECLARACIÓN DE SEDISA SOBRE LAS REFORMAS SANITARIAS EN ESPAÑA Y EN LAS CCAA 2013



- ¹ OCDE. *Base de datos de la OCDE sobre la salud 2012*. España en comparación. Briefing. Accesible en: <http://www.oecd.org/spain/BriefingNoteESPANA2012inSpanish.pdf>
- ² Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Portal estadístico del SNS. Accesible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/finGastoSanit.htm>
- ³ Guerrero Fernández M. El paciente activo ante su salud, el envejecimiento poblacional y la ética en el sector sanitario. Discursos de entrada como Académico Correspondiente. 11-12-2012 Academia de Farmacia Santa María de España de la Región de Murcia.
- ⁴ OCDE. Health at a Glance Europe 2012. Accesible en: <http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/HealthAtAGlanceEurope2012.pdf>
- ⁵ Martín Martín J.J. "Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias". *Fundación Alternativas*. 2003. Documento de Trabajo 14. Accesible en: http://www.fgcasal.org/aes/docs/Jose_Martin.pdf
- ⁶ Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2010. Accesible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeAnual2010/informeAnualSNS2010.pdf>
- ⁷ NHS European Office. The search for low-cost integrated healthcare. The Alzira model – from the region of Valencia. The NHS Confederation 2011. Accesible en: http://www.nhsconfed.org/Publications/Documents/Integrated_healthcare_141211.pdf
- ⁸ Acerete B, Stafford A, Stapelton P **Spanish healthcare public private partnerships: The 'Alzira model'** *Critical Perspectives on Accounting* Vol 22, 6, 2011, 533–549 <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpa.2011.06.004>
- ⁹ Basilio Acerete, Anne Stafford and Pamela Stapleton, Spanish healthcare Public Private Partnerships: the 'Alzira model' University of Manchester Manchester Business School Research. A paper for presentation at the British Accounting and Finance Association annual conference, University of Aston, April 2011. Accesible en: <http://www.slideshare.net/carlosalbertoarenas/spanish-healthcare-public-private-partnerships-the-alzira-model>
- ¹⁰ Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Resultados de los Acuerdos de gestión 2011. Nota de prensa. Accesible en: <http://www.laplana.san.gva.es/dep03/exp/hlp/noticias/doc-noticias/164.pdf>
- ¹¹ SEDISA. Compromiso de Sedisa con la sostenibilidad y las reformas de los servicios sanitarios públicos. *Todo Hospital*. Nº 274 2012, 27-32. Accesible en: <http://riberasalud.com/ftp/biblio/2210201210112118-10%20dos%20Sedisa.pdf>
- ¹² Elshaug AG, Watt AM, Mundy L, Willis CD. Over 150 potentially low-value health care practices: an Australian study. *Med J Aust* 2012; 197. Accesible en: <https://www.mja.com.au/journal/2012/197/10/over-150-potentially-low-value-health-care-practices-australian-study>
- ¹³ Peiró, S; Artells, J J; Meneu, R. Identificación y priorización de actuaciones de mejora de la eficiencia en el Sistema Nacional de Salud. *Gaceta Sanitaria* 2011;25:95-105. Accesible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/gaceta-sanitaria-138/identificacion-priorizacion-actuaciones-mejora-eficiencia-sistema-nacional-90003170-originales-2011>
- ¹⁴ Arenas Díaz C A. Sostenibilidad del Sistema Sanitario en España. *Sedisa Siglo XXI* Nov 2011. Accesible en: <http://www.slideshare.net/carlosalbertoarenas/sostenibilidad-sistema-sanitario-en-espaa>
- ¹⁵ Abril Martorell F et al. Informe del Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. 1991. Accesible en: <http://www.riberasalud.com/ftp/biblio/07102010131536resumen%20informe%20abril.pdf>
- ¹⁶ Elola J. Políticas Sanitarias y Gestión sanitaria en España. XXVI Seminario Interdisciplinar de la Universidad Pontificia de Comillas 2012. Accesible en: <http://www.actasanitaria.com/documentos/documentos/documento-politicas-sanitarias-y-gestion-sanitaria-en-espana.html>
- ¹⁷ Circulo de Empresarios. Un sistema sanitario sostenible II. Madrid Julio 2012. Accesible en: http://www.actasanitaria.com/fileset/file_Un_Sistema_Sanitario_sostenible_II_8691.pdf
- ¹⁸ IASIST. Evaluación de resultados de los Hospitales en España según su modelo de gestión. 2012. Accesible en: http://www.iasist.com/files/Modelos_gestion_0.pdf
- ¹⁹ IASIST. Hospitales Top 20 benchmarks para la excelencia 2012. Accesible en: http://www.iasist.com/files/Publicacion_TOP20_2012.pdf
- ²⁰ SEDISA. La profesionalización de los Directivos de la Salud. Septiembre 2012. Accesible en: <http://www.sedisa.net/NoticiasDetalle.asp?id=5641>
- ²¹ López Casanovas G, Jaume Puig-Junoy J, Ganuza JJ, Planas Miret I. Los nuevos instrumentos de la gestión pública. *Colección Estudios Económicos* 2003 Núm. 31. La Caixa. Accesible en: <http://www.econ.upf.edu/~puig/publicacions/Any2003/lacaixacast.pdf>
- ²² Ortún-Rubio V, López-Casanovas G. Financiación capitativa, articulación entre niveles asistenciales y descentralización de las organizaciones sanitarias. Documentos de Trabajo 3. Fundación BBVA 2002. Accesible en: http://www.fbbva.es/TLFU/dat/DT_2002_03.pdf

DECLARACIÓN DE SEDISA SOBRE LAS REFORMAS SANITARIAS EN ESPAÑA Y EN LAS CCAA 2013



²³ Abellán Perpiñán J M, Martínez Pérez J E, Méndez Martínez I, Sánchez Martínez F I, Garrido García S. Financiación y eficiencia del sistema sanitario público de la Región de Murcia. Consejo Económico y Social de la Región de Murcia. 2011. Accesible en: http://www.cesmurcia.com/estudios/estudios_32/0_Estudio_32.pdf