

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

Doce propuestas para garantizar la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público

Existe una controversia sobre los problemas del Sistema Nacional de Salud (SNS) y sobre la viabilidad del sostenimiento del mismo en nuestro país. Esta controversia está siendo animada fundamentalmente por intereses económicos muy potentes, que pretenden, al igual de lo que ha sucedido en otros países, fomentar la desregulación y privatización del sistema sanitario público, y que quieren hacer prevalecer ante la opinión pública algunas proposiciones que contrastan con la realidad.

La crisis económica ha puesto en evidencia los problemas que tiene la financiación de los sistemas públicos de protección social, pero también, y sobre todo, los grandes problemas que tiene un sistema económico basado en la especulación financiera, y ha producido la búsqueda de nuevos nichos de negocio, convirtiendo la prestación de servicios públicos básicos en objeto de los deseos empresariales, para lo que, obviamente, se precisa del debilitamiento y/o desmantelamiento de los sistemas públicos. En este contexto, el caso de la sanidad es paradigmático.

Evidentemente hay que ser conscientes de que el sistema sanitario público español tiene numerosos problemas –como por otro lado es inevitable en cualquier estructura organizativa que preste atención sanitaria a 47 millones de personas– y por lo tanto oportunidades de mejora. Es nuestra intención identificar sus principales problemas y proponer las vías para su solución, manteniendo lo que son sus valores esenciales.

Principales problemas de ineficiencia del SNS

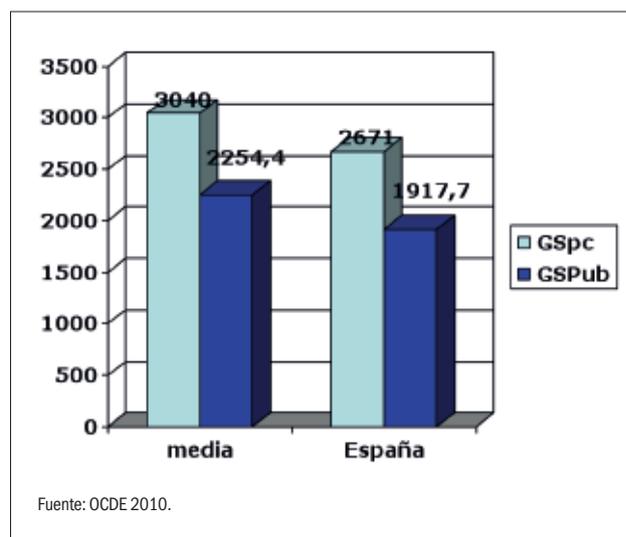
Se han identificado los siguientes focos de ineficiencia del SNS en razón de su funcionamiento:

1. Subfinanciación del sistema sanitario y falta de asignación finalista de los fondos.
2. Gasto farmacéutico excesivo.
3. Sobreutilización tecnológica.
3. Gestión politizada.
5. Escasez de camas de media y larga estancia y de atención sociosanitaria.
6. Marginación de la Atención Primaria de Salud.
7. Privatización progresiva de la provisión sanitaria.
8. Falta de planificación e integración de las actuaciones del SNS.

Es nuestro objetivo el analizar estos problemas de manera detallada, intentando definir cuáles son sus principales características y las medidas para resolverlos.

Subfinanciación del sistema sanitario y falta de asignación finalista de los fondos

La primera cuestión que hay que señalar es que, contra lo que se viene frecuentemente afirmando, el gasto sanitario español es modesto, y lo es especialmente a expensas del gasto sanitario público. Tal y como se ve en la figura siguiente, nuestro gasto sanitario total está 785,6 \$ por debajo, en poder paritario de compra (ppc), de la media de la OCDE y 753,3 \$ ppc en lo que respecta al gasto sanitario público.

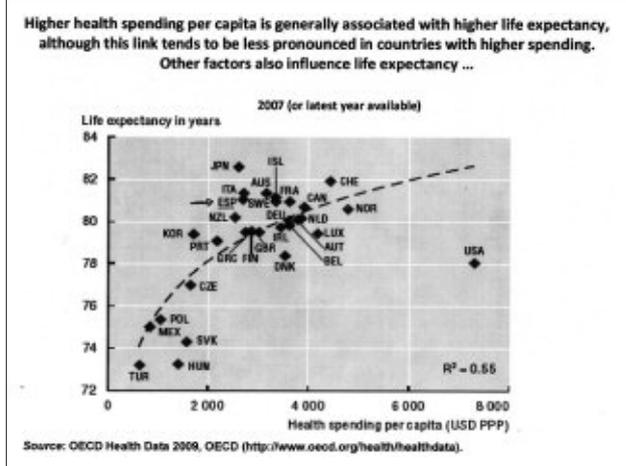
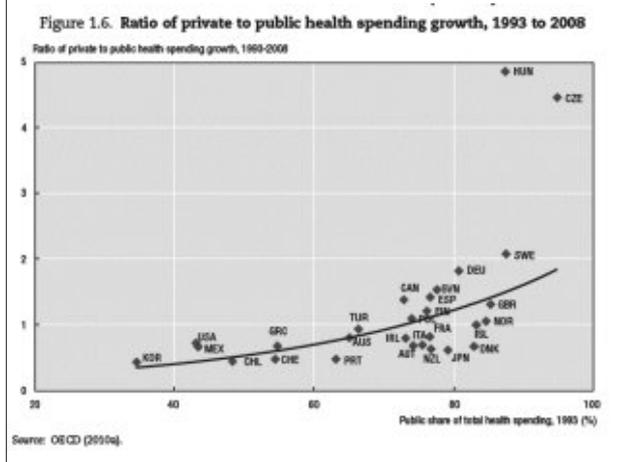
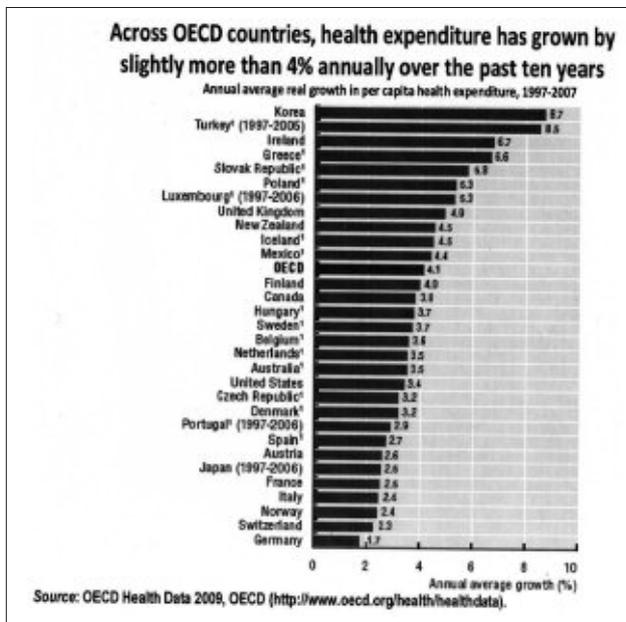


Además, el crecimiento del gasto sanitario total en los últimos 10 años (promedio anual) se sitúa en España en el 2,7% (promedio de la OCDE 4,1%), es decir es francamente menor (ver figura siguiente).

Este crecimiento se ha producido sobre todo en el gasto sanitario privado. La figura recoge la relación entre el crecimiento del gasto privado/público en los últimos 15 años en el conjunto de países de la OCDE, estando la situación de España por encima de la curva de regresión, es decir en España ha crecido más el gasto privado de lo que le correspondería en relación a su gasto público (en % sobre el total). Todo ello hace que España tenga un gasto sanitario público, en gasto per cápita (ppc) y en % sobre el gasto sanitario total, por debajo del promedio de la OCDE y de la UE (tanto de la UE15 como de la UE27).

Consecuentemente, el % sobre el gasto sanitario total que pagan los ciudadanos de su bolsillo es superior en España al promedio de la OCDE.

Y a pesar de ello la esperanza de vida al nacer está en España 3 años por encima de lo esperado (en la curva de regresión) para nuestro gasto sanitario, por lo que parece evidente que nuestro gasto sanitario es más eficiente que el de la mayoría de los países de la OCDE.



Resulta por lo tanto difícil de entender las alarmas sobre la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario, porque tenemos un gasto sanitario modesto con buenos resultados; mejores en muchos casos que los de otros países con un gasto sanitario muy superior.

Sin embargo, al analizar la situación se evidencia que tenemos tres problemas muy claros:

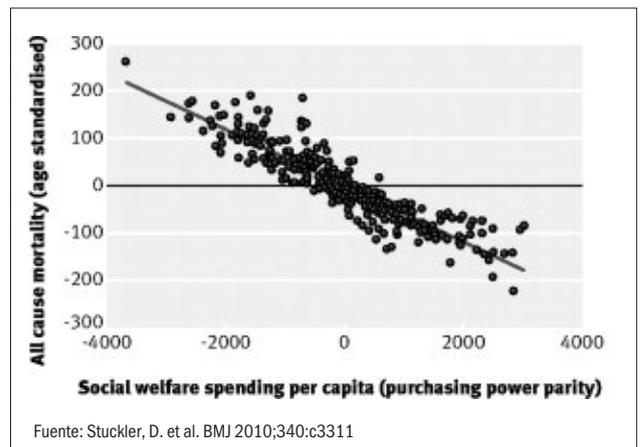
► **Uno: Una recaudación insuficiente.** En el cuadro adjunto se evidencia como los ingresos no financieros (en % sobre el PIB y por lo tanto independientemente de la disminución del PIB producida por la crisis económica) han disminuido en España entre 2007 y 2009, pasando de estar situados 4,3 puntos y 3,8 puntos, respectivamente, por debajo de la zona euro y de la UE27 a 9,9 y 9,5 puntos respectivamente. Lo mismo puede señalarse respecto a los países de la OCDE (disminución entre 2007 y 2009 de 6,6 puntos frente a 1,50 de media de la OCDE). Es decir, en España se ha producido una disminución muy significativa de la presión fiscal, lo que inevitablemente provoca menor disponibilidad de fondos para financiar los servicios públicos, sin entrar en valoraciones sobre si se trata de una medida que es o no «de izquierdas».

Ingresos no financieros en % del PIB

	2007	2008	2009
Alemania	43,9	43,7	44,3
Francia	49,6	49,5	48,1
Italia	46,4	46,2	46,6
Gran Bretaña	41,5	42,5	40,3
España	41,1	37,0	34,5
Zona euro	45,4	44,9	44,4
UE27	44,9	44,6	44,0

Fuente: Elaboración propia sobre datos Eurostat.

► **Dos: Un bajo gasto social,** que es en parte el resultado de lo anterior y que repercute sobre la salud de la población, tal y como se recoge en la figura siguiente que relaciona de manera negativa la mortalidad con el gasto social.



► **Tres: Financiación autonómica de carácter no finalista.** De esta manera, los fondos que reciben las CCAA para la sanidad son utilizados según el criterio de los gobiernos/parlamentos de cada una de ellas y el resultado es una gran varia-

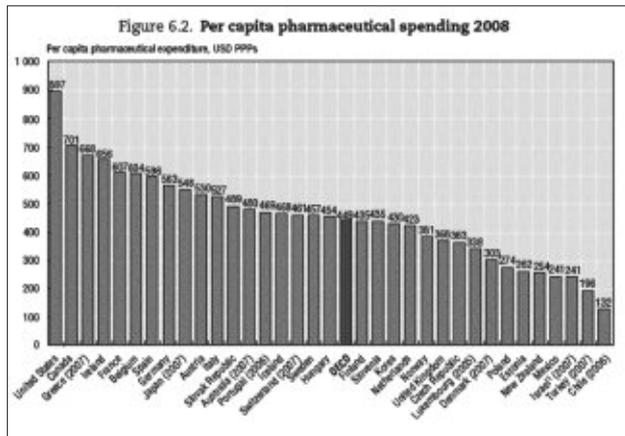
El porcentaje sobre el gasto sanitario total que pagan los ciudadanos de su bolsillo es superior en España al promedio de la OCDE

bilidad en la asignación de presupuestos per cápita, que favorece una subfinanciación sanitaria y la creación de deudas que aumentan las cargas financieras de las autonomías.

Por poner sólo un ejemplo, los presupuestos anuales por habitante de 2009/2010 oscilaron entre 1.117,91 y 1.609,53 € con un promedio de 1.347,95 €/año, y en 2011 el promedio es de 1.288,58 € con un máximo de 1.563,68 y un mínimo de 1.003,32 €. Lógicamente unas diferencias tan notables acaban produciendo o bien una disminución de las prestaciones y/o unas deudas crecientes, pero en la mayoría de los casos una combinación de ambas situaciones.

Gasto farmacéutico excesivo

El gasto farmacéutico en España es muy elevado, tanto en gasto por habitante (147 \$ ppc, ver siguiente figura) como en % sobre el gasto sanitario total (promedio de la OCDE 17,2% frente al 20,4% de España).



Por supuesto, hay que señalar que desde el Ministerio de Sanidad se ha hecho un esfuerzo en los últimos años para disminuir este gasto, que ha logrado bajar el incremento de gasto farmacéutico por recetas de la Seguridad Social de un gasto superior a los dos dígitos a menos del 5% en 2009 y que en 2010 se espera que se sitúe en el +/- 0,5%. No obstante, conviene recordar que el gasto farmacéutico hospitalario actualizado es desconocido (los datos disponibles son de 2007/2008) y que tiene un crecimiento muy superior (que se calcula estaba en el 20%).

Por otro lado existen al menos cinco cuestiones que deben de tenerse en cuenta:

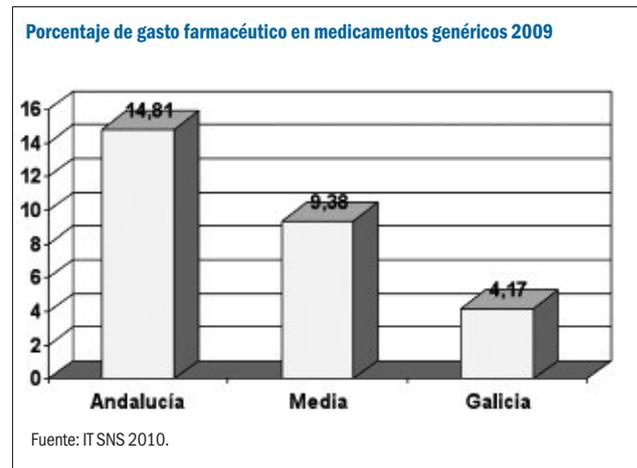
► Una: **La estructura de costes de la industria farmacéutica**, que dedica una parte muy importante a labores de promoción y marketing (como puede verse en la figura) sobre los que en España hay escaso control, lo que favorece una sobreutilización y un uso irracional.

Estructura de costos de la industria farmacéutica

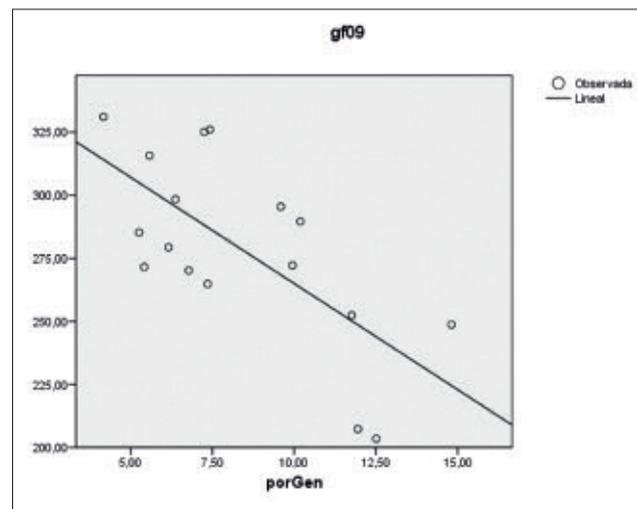
I+D	Beneficios	Promoción y marketing	Manufacturas y tasas
12,5%	18,5%	30,4%	38,6%

Fuente: Marcia Angell.

► Dos: Una **baja utilización de medicamentos genéricos**, que aunque ha aumentado de manera significativa en los últimos años, sigue estando por debajo de lo deseable. La siguiente figura recoge los porcentajes sobre gasto farmacéutico del gasto en medicamentos genéricos y en ella se observa la gran diferencia que hay entre las CCAA.



Y ello a pesar de que existe una clara relación negativa entre gasto farmacéutico por habitante y el % de gasto en medicamentos genéricos, según se ve en la figura ($r^2 = 0,478$; $p = 0,002$), y que muchos países desarrollados según los datos de la OCDE 2010 (datos de 2008) tienen un porcentaje de gasto en genéricos muy superior (Noruega 58%, Alemania 37%, Canadá 34%, Irlanda 27%, Reino Unido 26%, EEUU 22%, etc.).



► Tres: **El perfil de la prescripción es francamente mejorable.** En España hay una elevada prescripción de antibióticos (en dosis/habitante y año) y también existe un consumo no ajustado a la evidencia científica de principios activos más caros que su alternativa del mismo grupo de equivalencia terapéutica (por ejemplo la atorvastatina, primer principio activo de mayor consumo en 2008 por importe, cuando su alternativa, la simvastatina, tiene un coste 5 veces inferior).

► Cuatro: **La casi total ausencia de información/formación independiente de la industria,** lo que favorece una utilización inapropiada de los medicamentos. Siendo bien conocidos los numerosos escándalos que se han producido con medicamentos cuyos problemas han sido ocultados/minimizados por la industria que también sobrevalora la eficacia de los mismos. Ejemplos claros más recientes (2010) son el escándalo de la reboxetina, o la nueva revisión Cochrane que demostraba que no existen pruebas de la eficacia del osetalmivir para la gripe común y que la revisión anterior había sido manipulada por los fabricantes mediante datos incompletos y/o inadecuados.

► Cinco: **El sistema de pago a las oficinas de farmacia,** que incentiva la prescripción y la dispensación de los medicamentos con mayor precio.

Sobreutilización tecnológica

Existe un consenso generalizado de que en torno al 30% de la utilización tecnológica no está basada en ninguna evidencia científica y en otro 30% de los casos es cuestionable. La OMS, en su último *Informe sobre la Salud en el mundo 2010*, señala que hay entre un 20-40% del gasto sanitario que es ineficiente. Por otro lado, y pese a que suele adjudicarse el aumento del gasto sanitario al aumento de la esperanza de vida, numerosos estudios han demostrado que, por el contrario, la utilización de tecnología es el principal factor del crecimiento del gasto sanitario.

Existen estudios de la OCDE al respecto donde España se encuentra relativamente bien situada (por debajo de la media). Por ejemplo, en el consumo de hipolipemiantes (dosis 1.000 habitantes/día) la media de la OCDE está en 125 (2009) y va desde 49 (Alemania) a 206 (Australia). Otro aspecto recogido es las RMN realizadas por 1.000 habitantes (2008) con una media de 47,7 (desde 98,1 en Grecia hasta 12,7 en Corea) o la realización de revascularizaciones coronarias (por 100.000 habitantes y año) con una media de 250 (692 en Alemania y 138 en Reino Unido).

En España existen estudios de variabilidad de práctica clínica realizados por el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud que evidencia que existe una gran variabilidad que no se justifica por las diferencias en la prevalencia de las enfermedades.

Gestión politizada

Desgraciadamente el SNS, más aún desde que se finalizaron las transferencias a las CCAA, se caracteriza por unos gestores designados por su afinidad política o personal, y por lo tan-

to con una ausencia de formación específica. Esta gestión fuertemente politizada ha favorecido el gerencialismo y la ausencia de participación, no sólo ciudadana sino también profesional, así como el trasladar los mecanismos de libre designación a los cargos intermedios. El resultado ha sido generar una gran desconfianza entre los profesionales hacia los gestores y los responsables de las Administraciones sanitarias, la desmotivación y la falta de colaboración, que es esencial para el buen funcionamiento del SNS.

Escasez de camas de corta-media estancia y de atención sociosanitaria

El progresivo envejecimiento de la población está determinando un incremento notable de las enfermedades crónicas, ya que más del 25% de las personas mayores de 65 años padece más de una patología crónica que requiere tratamiento. Esto supone que el 70% del gasto sanitario está asociado a enfermedades crónicas, y que más del 20% de enfermos crónicos que acaba en hospitales de agudos podría ser atendido en hospitales de media-larga estancia o centros sociosanitarios (hospitales de día, hospitalización a domicilio o centros de rehabilitación). Algunas fuentes calculan que el coste de una cama hospitalaria de agudos es casi 6 veces superior al coste de una cama de crónicos.

Sin embargo, mientras las hospitalizaciones de agudos llegaron en 2008 a casi 4 millones, las de crónicos apenas superaron las 25.000. Esta situación es el resultado de que en España las camas de crónicos son muy escasas, con 0,1 por mil habitantes, frente a 2,27 de las de agudos, lo mismo que los quirófanos y plazas para hospitalización de día. Por ello, mientras las consultas en centros de media-larga estancia fueron en 2009 1.491 por mil habitantes, las de crónicos no llegaron a 4 (3,49).

La consecuencia es, además de un gasto innecesario, el que una parte importante de los recursos que deberían atender patologías de alta complejidad, que requieren recursos diagnósticos y terapéuticos avanzados y costosos, se dilapida innecesariamente en tratar patologías ya diagnosticadas tributarias de recursos y cuidados poco sofisticados y costosos.

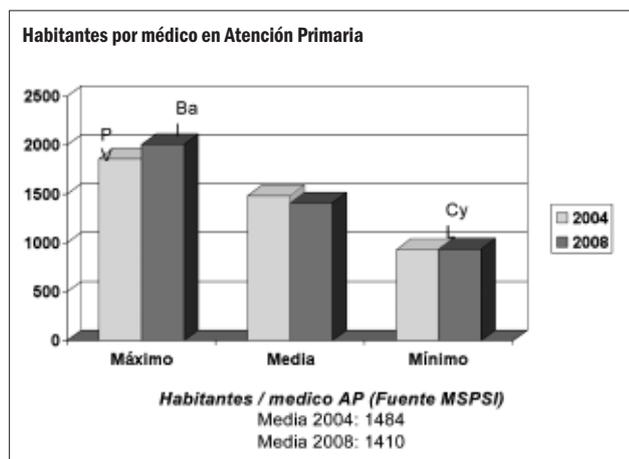
	Camas por 1.000 h.	Quirófanos 100.000 h.	Plazas hospital de día por 100.000 h.	Altas hospit. por 1.000 h.	Consultas por 1.000 habitantes
Hospitales agudos	2,27	5,91	16,23	27,66	1.491,75
Hospitales crónicos	0,13	0,02	0,80	0,78	3,49

Fuente: Estadísticas de establecimientos sanitarios en régimen de internado MSC 2000-2008.

En la prevención, control y gestión de las patologías crónicas deberían tener un papel fundamental la implicación y colaboración de los afectados, de sus familias y del conjunto de la sociedad para modificar factores de riesgo medioambiental y laboral, conductas no saludables. La ausencia de instrumentos de participación social impiden y limitan esta posibilidad.

Marginación de la Atención Primaria de salud

Aunque el SNS está supuestamente basado en la Atención Primaria de salud, la realidad es que su situación deja mucho que desear. Desde hace tiempo se han marginado las tareas de prevención y promoción, centrándose en lo meramente asistencialista. A la vez, el aumento de población del país no se ha seguido de un incremento de recursos en AP, lo que provoca una fuerte presión asistencial y demoras en las citas en AP. La figura recoge el número promedio de habitantes por médico en el conjunto de las CCAA en 2004 y 2008 (media y CCAA situadas en los extremos). En ella se ve que en estos cuatro años prácticamente no ha habido mejora de las ratios y que existen CCAA con una gran saturación (claro está que al tratarse de un promedio la variabilidad en cada comunidad autónoma es muy grande).



Desde el Ministerio de Sanidad se propugnó la Estrategia de Atención Primaria AP21 que proponía una serie de medidas para la mejora de la misma, pero la realidad es que ha habido pocos cambios a nivel general y que la AP sigue teniendo escasa consideración a nivel presupuestario (menos del 14% sobre el total).

La escasez de personal de los centros de salud, con alrededor del 40-50% de los cupos masificados (más de 1.500 personas por médico), con unas ratios de médicos y enfermeras un 20% y un 43% inferiores a la media europea (Fuente: *Index Enferm v.16 n.56, Granada, primavera 2007*), y las limitaciones en el acceso a pruebas diagnósticas y terapéuticas determinan que este nivel tenga una escasa capacidad para completar los procesos diagnósticos y terapéuticos y tenga que derivar pacientes a los hospitales por procesos que podrían perfectamente ser cerrados en este nivel reduciendo costes (el coste medio de la consulta en AP es de unos 35 € frente a los 50 de las consultas

Resulta difícil entender las alarmas sobre la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario, porque tenemos mejores indicadores de salud que otros países con un gasto sanitario muy superior

A finales de 2010, la Comunidad de Madrid habrá abonado a las constructoras 630 millones de euros, con lo que todos los hospitales menos uno podrían estar ya construidos y pagados

externas hospitalarias (Fuente: *Osakidetza y comparaciones internacionales*), situación a la que también contribuye la práctica de *secuestrar* pacientes por determinados servicios especializados que podrían perfectamente ser seguidos en los centros de AP.

Privatización progresiva de la provisión sanitaria

Desde hace años se está produciendo un proceso de progresiva privatización de los servicios sanitarios, privatización que aunque es bastante generalizada tiene muchas diferencias en su intensidad según cada autonomía. En 2010, según el informe SESPAS, un 72,1% del gasto sanitario era financiado por la Administración Pública, un 22,4% directamente por los usuarios y el 5,5% por seguros privados.

Este proceso privatizador se ha concretado en:

- Externalizaciones, que encubren la derivación hacia empresas privadas de un número creciente de servicios: informática, cocina, lavandería, pruebas diagnósticas, etc.
- Privatización de la provisión: PFI (iniciativa de financiación privada), concesiones administrativas, EBA (entidades de base asociativa), conciertos, etc.

El resultado es que, además del porcentaje de la financiación que figura como gasto privado, más del 20% del gasto público se destina al sector privado. Además, se ha producido un importante aumento de los costes, inflexibilidad del gasto y la cesión de las decisiones estratégicas al sector privado.

Existen muchas evidencias sobre el aumento de costes. Por ejemplo, la tabla siguiente compara los costes de la construcción del nuevo hospital de Majadahonda por el mecanismo de la PFI y el Hospital Central de Asturias, que se ha realizado por el sistema tradicional:

Hospital	Número de camas	Coste final (incluye equipamiento)
HC Asturias	1.039	350 millones €
Majadahonda	800	1.200 millones €
Diferencia	- 239	+ 850 millones €

El coste total de los 8 hospitales ya construidos en Madrid es de 701 millones de €, mientras que el coste final (a 30 años) que se va a pagar por ellos es de 5.010 millones de €, siendo ésta una estimación, ya que no puede conocerse la evolución de las primas a pagar de acuerdo con los contratos que establecen algunos pagos variables (inflación, etc.). En todo caso, a finales de 2010 la Comunidad de Madrid habrá abonado a las constructoras 630 millones de €, con lo que todos los hospitales menos uno podrían estar ya construidos y pagados, y sólo quedaría uno por hacer de entre los de menor tamaño.

Por otro lado, los presupuestos por cama y año que paga la Comunidad de Madrid a los hospitales privados y semipriva-

dos alcanzan la media de 434.686 €/año, mientras que el presupuesto de los centros de la red pública es de 277.375 €/año, lo que deja en evidencia que sus costes son mucho mayores y que sólo son útiles para mejorar la rentabilidad de las empresas que los construyeron.

La crisis económica ha empeorado la situación porque las disminuciones presupuestarias se han cebado en los centros de la red pública (-8,9% de presupuesto en Madrid para 2011), mientras que los centros de la red privada y de las PFI tienen un compromiso de gasto que no es posible reducir (aumento del 30% del presupuesto para 2011). Todo ello hace cada vez más insuficiente los presupuestos sanitarios de las CCAA que han optado más firmemente por estas vías privatizadoras, como son Madrid y Valencia.



Falta de planificación e integración de las actuaciones del SNS

Existe una falta de planificación e integración de las actuaciones y los recursos sanitarios en el conjunto del SNS como consecuencia de una mala coordinación de las políticas sanitarias de las CCAA una vez realizadas las transferencias, y en parte debido al proceso de privatizaciones que fragmenta aún más la red sanitaria estableciendo criterios de mercado.

Algunas cuestiones llaman poderosamente la atención, como son:

– Ausencia del Plan Integrado de Salud, a pesar de que es-

ta previsto desde la Ley General de Sanidad (1986).

- Falta de información homogénea del funcionamiento sanitario, que se ha agudizado desde las transferencias y que impide un análisis de las diferencias entre CCAA. Bien es cierto que hay que reconocer que en los últimos años desde el Ministerio de Sanidad se ha hecho un esfuerzo en ofrecer más información pública.
- Pérdida de las ventajas de economía de escala al fomentar las compras descentralizadas que hacen que la posición hegemónica de la demanda del SNS en su conjunto no obtenga las ventajas económicas que serían de esperar. ■

ADSP

Asociación
para la Defensa de
la Sanidad Pública

Solicitud de admisión

NOMBRE Y APELLIDOS

DOMICILIO

LOCALIDAD CP

TELÉFONO CORREO ELECTRÓNICO

PROFESIÓN/CATEGORÍA DNI

CENTRO DE TRABAJO TELÉFONO CORREO ELECTRÓNICO

Cuotas: 43 euros semestrales para los socios con trabajo y 48 euros anuales para los socios que se encuentren en situación de paro.

BANCO/CAJA OFICINA

CUENTA

DOMICILIO LOCALIDAD CP

Autorizo el pago anual de los recibos presentados por la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública

Fecha: Firma:

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

C/ Arroyo de la Media Legua, 29. Local 49. 28030 Madrid (www.fadsp.org) Tel.: 91 333 90 87. Fax: 91 437 75 06 (ver direcciones en la página 31)

DOCE propuestas para garantizar la sostenibilidad del SNS

1. Mejora de la financiación sanitaria

Hay que ser conscientes de que con la bajada del 5% de los sueldos de los empleados públicos se ha producido «de facto» una disminución del gasto sanitario de aproximadamente el 2,5% de promedio. Esta disminución, así como los ahorros generados del resto de las medidas deben destinarse a la financiación sanitaria para evitar que vuelva a producirse una generación de deuda. La perspectiva debe de ser situar el gasto sanitario en el promedio de la UE.

2. Carácter finalista de la financiación

La financiación sanitaria debe dirigirse a las CCAA con carácter finalista estableciendo mecanismos de control de su utilización y condicionando los nuevos fondos a la comprobación del uso debido de los ya recibidos. Por supuesto, las CCAA tendrán la opción de destinar otros fondos propios al sistema sanitario.

3. Mejorar la cohesión del SNS mediante el Plan Integrado de Salud

La aprobación del Plan Integrado de Salud debe de servir para establecer los objetivos comunes al conjunto del SNS y también para determinar las necesidades de salud de las CCAA y los presupuestos necesarios para atenderlas. Es muy importante el papel del Consejo Interterritorial del SNS en su elaboración y aprobación.

4. Rechazo al copago

Implantar copagos para el acceso a las prestaciones sanitarias, tal y como ha demostrado la evidencia científica, sólo produce inequidades porque penaliza a los más enfermos y a los que tienen menos recursos económicos.

5. Reducir el gasto farmacéutico

Con el objetivo de disminuir en 2.200 millones de euros anuales el gasto farmacéutico habría que avanzar en las siguientes medidas:

- Aumentar el consumo de medicamentos genéricos para alcanzar el 25% del gasto farmacéutico.
- Establecer la financiación por equivalentes terapéuticos.
- Limitar el marketing/promoción al 5% del gasto de las empresas, estableciendo sistemas de transparencia y publicidad de todas las subvenciones de las empresas farmacéuticas a los profesionales de la salud.
- Establecer un sistema independiente y científicamente contrastado de información y formación de los profesionales.

6. Disminuir la utilización tecnológica ineficiente

Se trata de disminuir la variabilidad de la práctica clínica (al menos en 10 puntos las utilidades sin indicación) y de mejorar la adecuación de la utilización de la tecnología. El ahorro

potencial de estas medidas es muy alto, pero también hay que ser conscientes de que su efecto sólo puede producirse a medio y largo plazo y precisan de la colaboración de los profesionales de la salud. En esta línea habría que avanzar en:

- Formación de los profesionales en medicina basada en la evidencia.
- Evaluación de la utilización tecnológica para adecuarla a las necesidades de salud de la población.
- Establecimiento de guías de práctica clínica basadas en la evidencia.
- Potenciar una agencia de calidad del SNS que evalúe la práctica clínica y el funcionamiento de centros y servicios sanitarios.

7. Incrementar el número de camas de media y larga estancia

Para conseguir una ratio de 1 cama de hospitales crónicos por 1.000 habitantes, favoreciendo además el aumento de las plazas de hospitales de día.

8. Potenciar la Atención Primaria de salud

Lo que supondría el desarrollo de las líneas de la estrategia de AP21 en todas las CCAA, mejorando los recursos de la AP y su situación presupuestaria.

9. Favorecer la integración de la Atención Primaria y la especializada

Para lo que es fundamental el desarrollar canales de información entre ambos niveles y establecer criterios comunes de abordaje de los problemas de salud más prevalentes, que permitan evitar duplicaciones de actuaciones innecesarias.

10. Despolitizar la gestión sanitaria

Para ello hay que desarrollar una especialidad en gestión sanitaria, asegurarse de sistemas de cobertura de plazas basados en criterios profesionales y fomentar y/o establecer sistemas de participación ciudadana y profesional.

11. Revertir el proceso de privatización

Hay que cesar las nuevas privatizaciones y volver a integrar en la red pública a los centros privatizados, Como ya se ha señalado, ello supone un ahorro de más del 70% en el coste de las nuevas infraestructuras sanitarias.

12. Crear una agencia de compras del SNS

Para permitir el uso de las ventajas de las economías de escala en las compras del sistema sanitario público abaratando costes.

Entendemos que todas estas propuestas establecen un horizonte de mejora y sostenibilidad del sistema sanitario público en nuestro país para que siga manteniendo las características que le han dado su gran aprecio internacional. ■