

BORRADOR

RECOMENDACIONES FINALES

SUBCOMISIÓN PARA EL PACTO DE ESTADO EN LA SANIDAD

(27 de septiembre de 2010)

FINANCIACIÓN

1. La Subcomisión propone una financiación adicional para la sanidad pública para asegurar la suficiencia financiera del SNS.
2. Con objeto de mantener y mejorar esos niveles y mejorar la calidad y la satisfacción de los ciudadanos y garantizar su sostenibilidad es necesario mejorar aun más su eficiencia y eficacia.
3. La Subcomisión recomienda incrementar la inversión en sanidad de forma que se asegure la suficiencia financiera del SNS. Dicho incremento debería producirse guiado por los siguientes criterios: a) Evaluación rigurosa de la efectividad en términos de salud de cada euro invertido y reorientación del S.N.S en el sentido indicado por esa permanente evaluación, b) Mejora sistemática de la eficacia y eficiencia del sistema, c) Estableciendo como prioridades del sistema de la equidad, la seguridad, la calidad y la satisfacción. d) Esfuerzo conjunto de las administraciones central y autonómica.
4. La Subcomisión entiende que el gasto de protección social, y específicamente el sanitario, debe considerarse más una inversión que un simple gasto. Por todo ello la Comisión considera necesario incrementar el gasto sanitario público para asegurar la suficiencia financiera del SNS y en el que han de implicarse todos los actores sanitarios y el conjunto de las Administraciones Públicas.
5. La financiación adicional será finalista destinada a dotar sustancialmente el Fondo de Cohesión para financiar equidad y estrategias (mediante impuestos como por ejemplo sobre el tabaco, el alcohol u otro tipo de fiscalidad).
6. El incremento de la financiación sanitaria ha de ser finalista para ser destinada a afrontar el déficit actual y el pago de la deuda a proveedores y asegurar así la suficiencia financiera y también ha de estar dirigida a la dotación de un fondo nacional de cohesión, suficiente para garantizar la equidad en todo el territorio nacional.
7. La Subcomisión recomienda la reforma del Fondo de Cohesión Sanitario que contemple nuevas finalidades que permitan reforzar su utilidad como herramienta para impulsar políticas comunes de cohesión en el Sistema Nacional de Salud.

COPAGO

Rechazo del copago en la asistencia sanitaria y del ticket moderador.

8. El copago ya existe en España desde hace muchas décadas, en farmacia, y los incrementos sucesivos de su cuantía en la prestación farmacéutica, como se puede apreciar en las series históricas, no ha tenido un impacto importante en la evolución creciente del gasto farmacéutico en nuestro país.
9. El sentir mayoritario de la Subcomisión es que la introducción de más elementos de copago no es aconsejable, tanto por razones de equidad como por la baja rentabilidad de las mismas debido a los costes de transacción, coste de administración y a la inelasticidad del uso de los servicios.
10. La Subcomisión propone, sin embargo, un análisis y actualización, si procede, del copago farmacéutico.

Universalización de la sanidad como prestación no contributiva y derecho subjetivo ciudadano.

11. La Subcomisión considera inexcusable el cumplimiento de las previsiones que en materia de derecho a la protección de la salud hace la Ley General de Sanidad, e insta a los poderes competentes a materializar legal y funcionalmente de forma inmediata la universalización efectiva del derecho a la asistencia sanitaria, vinculándola a la condición de ciudadanía y no a las normas de la Seguridad Social tal y como sucede todavía hoy.
12. Desarrollar y reforzar el carácter vinculante de los acuerdos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
13. La Subcomisión manifiesta su reconocimiento y apoyo al Sistema descentralizado de gestión sanitaria de nuestro país, así como a la responsabilidad efectiva de las CC.AA. en la gestión y financiación de sus servicios de salud. Del mismo modo considera imprescindible el papel del Ministerio de Sanidad como garante de la equidad básica acordada para el conjunto de los ciudadanos y de la cohesión del Sistema.
14. La complejidad, por tamaño, estructura y naturaleza de la propia actividad sanitaria y del propio sistema sanitario, hacen de estos, organizaciones de difícil gobierno. Casi todos los expertos consideran que los actuales modelos de gobierno de la sanidad y de las instituciones sanitarias son uno de sus principales problemas a resolver.

- 15.** La Subcomisión recomienda redefinir el S.N.S. en términos legales, organizativos, funcionales y económicos.

La Subcomisión identifica como una prioridad para los gobiernos, las fuerzas políticas y los agentes sociales y del sector salud, un amplio acuerdo específico sobre el modelo del S.N.S. y los Servicios de Salud de las CC.AA con las siguientes características mínimas:

1. La incorporación de la participación ejecutiva de ciudadanos y profesionales a todos los niveles del sistema.
2. La revisión del papel del C.I. o su reorientación como un órgano más decisivo de gobierno para el S.N.S. con la definición explícita de las funciones, mecanismos de decisión, financiación y reglas de funcionamiento.
3. La creación en su caso, de mecanismos para la coordinación de la gestión de aquellas funciones, que siendo propias de las CC.AA. puedan beneficiarse de una gestión compartida.

CALIDAD Y SEGURIDAD

- 16.** Reforzar la función evaluadora de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud sobre la calidad de las prestaciones y la equidad y cohesión del sistema.

- 17.** La calidad se ha convertido en una condición ineludible de cualquier servicio público o privado. En sus múltiples dimensiones -científico-técnica, hostelera, de trato...- la calidad es un objetivo ampliamente compartido por todos los agentes sanitarios.

Al igual que la calidad, la seguridad se está convirtiendo en otras de las referencias inexcusables de cualquier sistema sanitario. El desarrollo tecnológico, la potencia de los medios diagnósticos y terapéuticos, y la complejidad del proceso asistencial, así lo exigen. La seguridad en trono al paciente debe ser una línea prioritaria de acción del conjunto del Sistema.

- 18.** La Subcomisión considera que es necesario y urgente dotar al S.N.S. con un dispositivo común de evaluación de las tecnologías sanitarias y seguridad de los procedimientos, que además tenga encomendada la actualización permanente del Plan de Calidad para el SNS.

PLANIFICACIÓN

- 19.** Establecer un sistema de información común con indicadores que ofrezcan transparencia a los resultados de salud del Sistema Nacional de Salud.

La complejidad de cualquier sistema sanitario, exige un permanente ejercicio de planificación como única forma de ordenar, gestionar y

orientar el mismo en un entorno complejo y cambiante. Sin embargo, en general, dicha función no ha gozado en nuestro país de medios, prestigio y respeto.

20. Así, la Comisión recomienda al Gobierno y a las CC.AA, la potenciación de los mecanismos de planificación, el uso de herramientas adecuadas y reclama de las fuerzas políticas su aportación y respeto a las estrategias de largo alcance más allá de las actuaciones coyunturales
21. Igualmente la Subcomisión reivindica el papel estratégico de la planificación sanitaria compartida y de las estrategias, de los planes de salud de las CCAA, así como de la Encuesta Nacional de Salud y de cuantos procedimientos permitan identificar el estado de salud y las necesidades sanitarias de la población como instrumentos principales de orientación política del S.N.S. y de los Servicios de Salud de las CC.AA.
22. El Gobierno presentará bianualmente al parlamento un informe sobre el estado de salud de los españoles y el funcionamiento del Sistema. De igual manera se promoverá el acuerdo en las CCAA para que los gobiernos autonómicos presenten periódicamente un informe similar a sus respectivos Parlamentos.

GESTIÓN

23. Evaluación del impacto en salud de la gestión de los servicios sanitarios.
24. Es generalizada la opinión de que el sanitario es uno de los tipos de organización más difíciles de gestionar. El modelo español de gestión ha evolucionado escasamente en los últimos 25 años. El principal desafío de nuestro sistema, más allá de la efectividad, la seguridad, la calidad y la eficiencia, es acertar en el equilibrio entre la autonomía de los dispositivos a los diferentes niveles y un grado suficiente de integración de los mismos en una respuesta adecuada a las necesidades de los ciudadanos.
25. Hasta el momento, las innovaciones en los modelos organizativos y de funcionamiento de nuestros servicios han sido en su mayoría locales y de escaso alcance. La mayoría de estas experiencias han respondido más a criterios con claro trasfondo ideológico que a ensayos controlados para probar la utilidad de formas organizativas alternativas dentro del sector público, adecuadamente diseñadas y evaluables, que permitan en su momento acometer procesos generalizados de innovación organizativa para el conjunto del sistema,

- 26.** Las experiencias de introducción de la lógica del mercado en la producción de servicios sanitarios se está realizando por las fórmulas más variadas en diferentes CC.AA. La prudencia aconseja, a juicio de la Comisión Europea, limitar estas experiencias a proyectos piloto debidamente supervisados y evaluables más allá de posiciones políticas concretas. En principio la producción pública sanitaria ha demostrado su mayor eficiencia, su alta calidad y su elevado nivel de equidad.
- 27.** Otra cosa en la necesidad de mejorar su organización y su funcionamiento, cosa en la que todos coinciden y sobre las que esta Comisión se ha pronunciado en puntos anteriores: lo que podría llamarse un nuevo modelo de gestión pública de los servicios sanitarios que respetando la iniciativa privada ordene la producción pública de los servicios y la concertación garantizando calidad y equidad en el conjunto de la provisión.

COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

- 28.** Establecer los canales de coordinación necesarios entre dos de los pilares del Estado de Bienestar, el sistema sanitario y el sistema de apoyo social, que dé una respuesta eficaz a las nuevas demandas de los ciudadanos provocadas por los importantes cambios demográficos de la sociedad, fundamentalmente, el envejecimiento progresivo de la población y la cronificación de las enfermedades como consecuencia de los avances médicos.
- 29.** Los pacientes con enfermedades raras, así como las personas que padecen un trastorno mental o de comportamiento, y sus familias, tienen también un creciente peso. La complejidad del proceso salud-enfermedad es grande. A ella podríamos añadir la que se acumula al contemplar las prestaciones derivadas de la Ley de Dependencia, configurándose así un continuo socio-sanitario de enorme valor social y gran trascendencia económica y organizativa.
- 30.** La Subcomisión valora como muy interesantes por ello, las iniciativas del Gobierno y algunas CC.AA. al unificar en un sólo departamento -Ministerio de Sanidad y Política Social y Consejerías que asumen ambas competencias servicios sociales y servicios sanitarios.
- 31.** Conscientes de sus potencialidades y a la vez de la dificultad organizativa que esto puede suponer, la Subcomisión recomienda la mayor armonización posible de estas políticas sociales y sanitarias en la seguridad de que su articulación bien ordenada no sólo tendrá positivas repercusiones económicas sino en la calidad, agilidad y seguridad en la atención a las necesidades de los ciudadanos.

RECURSOS HUMANOS

- 32.** Los Recursos humanos representan el capítulo presupuestario mayor y son el factor más determinante a la hora de alcanzar los objetivos del sistema. Sin embargo, la Subcomisión entiende necesario que nuestro país desarrolle una política general de Recursos Humanos adecuada a la importancia de este factor, y que por ello deben hacerse esfuerzo redoblados al objeto de articular en plan general de RR.HH. los intereses de las CC.AA. con los intereses generales del estado.
- 33.** La Subcomisión entiende necesario un reforzamiento de las referencias generales para todos en temas como la formación, la homologación, los perfiles profesionales, la formación continuada, el registro de profesionales, la carrera profesional y el marco retributivo mediante las medidas siguientes:
- 34.** Establecimiento de un sistema común para la planificación de los recursos humanos a partir de las necesidades de médicos, enfermeras y otras profesiones sanitarias con criterios de distribución y necesidad para el Sistema Nacional de Salud. A estos efectos es necesario establecer y mantener actualizado un registro de profesionales que incorpore retribuciones, carrera, categorías profesionales, etc.
- 35.** Desarrollo de un nuevo mapa de especialidades médicas fundamentado en un modelo troncal de formación.
- 36.** Definir criterios comunes para las retribuciones e incentivos que refuercen la eficiencia y el compromiso de los profesionales.

La Subcomisión propone que, de acuerdo con las organizaciones sindicales y entidades profesionales, el SNS concluya un acuerdo social por los recursos humanos que impulse una gestión más eficiente de los mismos buscando la calidad al servicio del paciente, mayor productividad y rendimientos óptimos y la reducción de la variabilidad en el rendimiento personal y en variabilidad clínica.

- 37.** Desarrollar mecanismos comunes para aumentar la participación de los profesionales en la gestión y dirección de los servicios de salud y en la asignación de los recursos.
- 38.** La Subcomisión asume las conclusiones de la Subcomisión ad hoc en el Senado.

CARTERA DE SERVICIOS

- 39.** Una oferta de servicios en exceso diferenciada por C.A. puede suponer una fuente de inequidad para las personas. Por ello con el

mayor respeto para la iniciativa de las CC.AA. la Comisión propone una revisión de la Cartera de Servicios común al S.N.S. de forma que se garantice el acceso a la misma en igualdad de condiciones para todos los ciudadanos con independencia de la C.A. de origen o de prestación de los mismos y sin perjuicio de sus competencias en la materia.

40. Proponemos además de acordar un marco común y homogéneo básico para todos respecto a la Cartera de Servicios, que garantice la equidad y evalúe las nuevas prestaciones en materia de tecnologías sanitarias (agencia en red de evaluación de tecnologías a propuesta del Consejo Interterritorial).
41. La Subcomisión considera inaplazable la constitución de un operador nacional de compras para el conjunto del S.N.S. y los Servicios de Salud y las CC.AA
42. El desarrollo del estado autonómico debería poder combinarse con la utilización de mecanismos de gestión de probada utilidad para una mejor utilización de los recursos públicos. La posición del sector público sanitario como un monopsonio, adecuadamente utilizada, debería suponer un enorme alivio para las arcas de las CC.AA. y del Estado en su conjunto.
43. Así, por ejemplo debe impulsarse el procedimiento de compras agregadas para el conjunto del Sistema Nacional de Salud definido en el Real Decreto-Ley 8/2010, al que las Comunidades Autónomas pueden sumarse y elaborar e implantar un sistema de información que permita compartir entre las Comunidades Autónomas los precios de compra a diferentes proveedores y otros aspectos relativos a la racionalización del gasto sanitario.

POLÍTICA FARMACÉUTICA

- 44.-Racionalizar el gasto de la prestación farmacéutica y adoptar medidas de uso racional del medicamento.

Los medicamentos son un instrumento de trabajo fundamental y de muy amplio uso en el S.N.S. Su importancia nunca será suficientemente valorada. Su impacto económico es muy importante. El proceso que va del origen de un posible fármaco o producto sanitario hasta la puesta a disposición de los enfermos de los medicamentos efectivos y seguros es muy complejo interviniendo agentes científicos, tecnológicos, económicos, políticos y de comunicación que pueden condicionar el resultado final de coste-efectividad.

El gasto en farmacia, y el tipo de consumo farmacéutico del S.N.S. presenta aún bolsas de ineficiencia que de mantenerse pueden llegar a poner en peligro la propia sostenibilidad el sistema.

- 45.** La Subcomisión entiende que todas las medidas de uso racional del medicamento por parte de los profesionales sanitarios, son imprescindibles y de suma importancia, pero también ha llegado a la conclusión de que pueden ser insuficientes para reorientar nuestro gasto en farmacia, muy condicionado por la sensibilidad de los agentes a la influencia del mercado y de las demandas de los ciudadanos.

La Subcomisión considera necesaria una mayor cooperación entre el Estado y las CC.AA. profundizando en los mecanismos de integración de la política farmacéutica que impliquen decididamente a los servicios de salud en la consecución de un gasto farmacéutico más eficiente y compatible con la sostenibilidad del Sistema.

PARTICIPACIÓN

- 46.** La Subcomisión reconoce el escaso desarrollo de la participación de ciudadanos y profesionales en el gobierno del S.N.S. Incluso de las limitadas previsiones que en este sentido hacía la L.G.S. Tanto la literatura como la experiencia transmitida por multitud de expertos comparecientes ante la Subcomisión, ponen de manifiesto la importancia estructural de dicha participación a la hora de legitimar, orientar correctamente y procurar la sostenibilidad del sistema sanitario público.

- 47.** Por ello, la Comisión recomienda elevar la función de Participación a un primer lugar en la agenda política de los gobiernos nacional y autonómicos, y lo hace con la sugerencia de desarrollar los mecanismos de participación social y profesional a un nivel no meramente consultivo o informativo sino gestor, en el marco de un nuevo modelo de gobierno del S.N.S. y de los Servicios de Salud de las CC.AA.

La participación de los pacientes y usuarios debe dirigirse a la calidad de la atención y la de los ciudadanos a la corresponsabilidad.

- 48.** Para todo ello debe mejorarse el acceso de la ciudadanía al sistema de información y promover que la ciudadanía conozca y asuma sus deberes cívicos en el cuidado de su propia salud y en el uso responsable de los servicios sanitarios, mediante, entre otras, estrategias educativas y de concienciación de costes. Ha de buscarse la mayor implicación de los profesionales orientada a una mayor calidad y eficiencia en la utilización adecuada de los recursos sanitarios siempre presionados por demandas crecientes, no siempre justificadas sanitariamente.

ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD PÚBLICA

- 49.** La Subcomisión reconoce la atención primaria como eje básico del Sistema e insta a desarrollar sus capacidades en la línea marcada en la estrategia AP-21. y el potencial de la salud pública entendida como estilos de vida o como determinantes de salud frente a lo meramente asistencial.
- 50.** La Subcomisión hace suya la filosofía del documento WHO/IER/CSDH/08.1 de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la O.M.S. Ninguna medida, ningún acuerdo sobre la salud y la sanidad será realmente efectivo si el conjunto de los agentes sociales, especialmente los poderes públicos y los principales actores económicos (empresarios, sindicatos y consumidores), no asumen como base ética, moral y política de su actuación el carácter multicausal de los problemas de salud y se comprometen a situar como una referencia inexcusable de su comportamiento la repercusión que el mismo, en cualquier orden de la actividad, puede tener sobre la salud. Así, hace un llamamiento a la reconsideración de las políticas de apoyo a la familia, a la educación, la vivienda, el trabajo, el medio-ambiente, la participación, la equidad, el consumo y cualquiera otra cuyos efectos sobre la salud sean relevantes.
- 51.** La Subcomisión considera inaplazable fomentar la coordinación con otros sectores que, en cooperación con el sanitario, permitan una lucha más eficaz frente a las desigualdades en salud, especialmente entre los colectivos vulnerables, de acuerdo con las recomendaciones de la OMS y de la UE sobre los determinantes sociales de la salud. La Subcomisión considera conveniente el informe preceptivo de impacto en salud de las medidas legislativas del Gobierno y las Comunidades Autónomas.
- 52.** También recomienda hacer efectiva la integración de los recursos asistenciales y la continuidad de los cuidados en torno al paciente, así como la asignación efectiva del médico responsable del paciente tal como se reconoce en la Ley 42/ de Autonomía del Paciente
- 53.** Sobre enfoque comunitario. Uno de los principales desequilibrios del S.N.S. es el que presenta el balance entre los enfoques de promoción y prevención de la salud y la actividad curativa. Este desequilibrio basado en una primacía de lo individual frente a lo comunitario no sólo tiene repercusiones negativas en términos de salud sino también en lo relativo al modelo de consumo sanitario y al coste de la atención.

La Subcomisión recomienda poner en marcha iniciativas comunes que hagan realidad la filosofía y las propuestas de la Estrategia AP-21 y cuantas se consideren efectivas para alcanzar un mayor

equilibrio entre los diferentes niveles asistenciales y los esfuerzos realizados en cada momento de proceso salud/enfermedad y llevar este enfoque comunitario a la Ley de Salud Pública.

54. Establecer una norma común de garantía de tiempos máximos de acceso al Sistema Nacional de Salud. Calendario vacunal único y extensión de e-Health e historia clínica digital común.
55. Definir nuevas estrategias de salud conjuntas entre los distintos servicios autonómicos de salud que continúen garantizando la calidad y la equidad de la atención sanitaria a todos los usuarios reforzando los mecanismos de evaluación (junto con asociaciones de pacientes y sociedades científicas).
56. Estudiar mecanismos de compensación del gasto soportado por los servicios de salud en concepto de atención sanitaria de las contingencias laborales, cuya financiación corresponde a las Mutuas de Accidentes Laborales y de Enfermedades Profesionales y reconsideración del papel de las Mutuas en el Sistema de Salud.

REGIMENES ESPECIALES

57. La Subcomisión reconoce el carácter histórico de todos los sistemas sociales. EL S.N.S. no es una excepción como la coexistencia de sistemas diferentes de aseguramiento público. Por tanto la Comisión consciente de la importancia, la delicadeza y las repercusiones de cualquier política que intente corregir las circunstancias mencionadas, insta y apoya un acuerdo amplio de las fuerzas políticas y las CCAA para pactar el proceso por el que los sistemas de mutualidades públicas, funcionarios civiles de la AGE, fuerzas armadas y la justicia, se articulen e integren en el sistema general de asistencia sanitaria.

La Subcomisión acuerda remitir a la Subcomisión del Pacto de Toledo estas consideraciones.

INVESTIGACIÓN

58. La investigación biosanitaria es una pieza clave de la calidad, la seguridad y el desarrollo del S.N.S. La investigación biosanitaria, guiada por criterios de necesidad, impacto poblacional, y eficiencia debe ser considerada una área de inversión prioritaria.
59. La Subcomisión reconoce también el papel clave y la importancia de la investigación biosanitarias en el modelo español de ciencia y tecnología pero la considera también como elemento consustancial al Sistema de Salud, vínculo sin el cual la potencia de la investigación biomédica puede verse mermada al separar el proceso investigador de su principal referencia: la práctica real de los servicios y las necesidades reales de la población.

60. La Subcomisión recomienda reforzar los instrumentos generales de investigación del M de S. y P.S. y los ahora dependientes del Ministerio de Ciencia e Investigación.

La Comisión de Sanidad, Política Social y Consumo se constituye en Comisión de seguimiento de estas recomendaciones

*** * ***