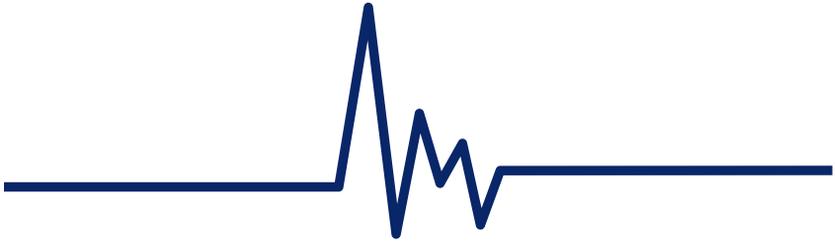


EL LIBRO BLANCO DE LA SANIDAD

ceoe

CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE
ORGANIZACIONES EMPRESARIALES



EL LIBRO BLANCO DE LA SANIDAD

Comisión de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad de CEOE

ceoe

CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE
ORGANIZACIONES EMPRESARIALES

Diego de León, 50 - 28006 Madrid - Tel.: 915 663 400 - Fax: 915 622 562 - ceoe@ceoe.es

ceoe.es

Índice

PRESENTACIONES	6
AGRADECIMIENTOS	11
RESUMEN EJECUTIVO	13
INTRODUCCIÓN	57
El valor del elemento salud	57
La situación financiera del sistema público de salud	58
Riesgos actuales del Sistema Nacional de Salud	60
La presencia del sector privado. Significado y relevancia	62
Ponderación económica del sector sanitario privado	65
Efectos positivos que produce el sistema sanitario	
Privado en el sistema público	66
La figura del paciente crónico y su relevancia actual	73
La atención sociosanitaria	78
ESTADO DE LA SITUACIÓN POR SECTORES	89
SANIDAD	
Medicamentos	
Industria farmacéutica. Sector innovador	89
Industria farmacéutica. Sector de genéricos	103
Distribución farmacéutica	106
Oficina de farmacia	116
Tecnología sanitaria	133
Biotecnología	145
Ortopedia	150

Asistencia sanitaria	
Hospitales y clínicas privados	159
Aseguradoras	172
Mutuas.....	185
Transporte sanitario	192
Servicios de prevención	197
Termalismo y turismo social	
Termalismo-Balnearios	209
Turismo social.....	210
Turismo de salud y atención sanitaria a extranjeros.....	214
ÁMBITO SOCIOSANITARIO	
Dependencia y atención sociosanitaria.....	218
Servicios residenciales	228
Centros de día.....	236
Servicios de ayuda a domicilio.....	236
Servicios de teleasistencia	237
Objetivo. El pacto sociosanitario	239
Aseguramiento de la dependencia	250
PROPUESTAS GENERALES	259
Consideraciones previas	259
Propuestas generales.....	268
ADENDA. PROPUESTAS SECTORIALES	275
MARCO NORMATIVO.....	301
BIBLIOGRAFÍA Y WEBGRAFÍA	317

Presentación

Me es grato presentar este *Libro blanco de la sanidad* que pretende asentar las bases empresariales en temas tan importantes para el sector, y para la sociedad en general, como la atención sanitaria, la integración sociosanitaria o la dependencia.

Este libro ha sido posible gracias a la inestimable colaboración y las aportaciones de todas las entidades del sector sanitario, especialmente el privado, así como representantes del sector sociosanitario y el farmacéutico.

Esta obra evidencia la estrecha y necesaria colaboración público-privada en el Sistema Nacional de Salud que ha permitido en los últimos años atender las necesidades de la población en nuestro país y ha contribuido a que el sistema sea eficaz en la gestión asistencial, muy valorado, con un alto grado de profesionalidad y una excelente tecnología innovadora.

Sin embargo, y pese a los avances, todo apunta a la necesidad de un Pacto por la Sanidad que logre despolitizarla y evite que la toma de decisiones se vea sometida a motivos políticos o electorales que se antepongan a las necesidades reales.

Son precisos marcos de actuación estables y flexibles que garanticen la sostenibilidad del sistema sanitario público a través de fórmulas de interacción entre los ámbitos público y privado. Se ha demostrado la alta capacidad de los gestores privados, en términos de eficacia y eficiencia, y se ha puesto en valor este sector empresarial como activo importante, generador de empleo y de riqueza.

Garantizar el acceso de los pacientes a las mejores y más eficaces tecnologías sanitarias disponibles, en el tiempo más corto posible y en condiciones de igualdad en todo el territorio nacional, con un impulso definitivo a la

implantación de la e-salud, son retos fundamentales que será preciso abordar por parte de la Administración, y con la ayuda de los agentes privados, sin olvidar la necesaria puesta en valor del medicamento y de la prestación farmacéutica.

Por otro lado, nos enfrentamos a una población cada vez más envejecida y a un número creciente de pacientes crónicos y pluripatológicos, lo que demanda una coordinación sociosanitaria que aborde esta cuestión y articule medidas y recursos que permitan actualizar los métodos ya conocidos de provisión de salud.

En relación al sistema de dependencia, es necesario que cuanto antes se aplique la Ley de Dependencia, revisando tanto la financiación -se ha demostrado que los fondos provistos hasta ahora son insuficientes-, como los gastos, de los que no se dispone de suficiente información.

CEOE y sus organizaciones empresariales miembro apoyamos un sistema sanitario público, universal y equitativo, de financiación pública y cuya planificación, control y evaluación sean competencia de las administraciones, y consideramos imprescindible fomentar la implantación de medidas dirigidas a reforzar y ampliar la colaboración público-privada.

D. Juan Rosell Lastortras
Presidente CEOE

Introducción

La toma de postura que supone elaborar un libro como el de la sanidad privada es un elemento dinamizador de un esfuerzo colectivo que ha llevado a muchos empresarios de nuestro país a apostar por este sector.

Contamos con un sector privado muy eficiente que ha ido creciendo en la medida que ha sido impulsado por la propia sociedad española, que ha visto en él un complemento ideal para el sistema sanitario público del que gozamos en nuestro país. Esto tiene una capital importancia para el sostenimiento de nuestro Sistema Nacional de Salud, elemento básico de nuestro Estado de bienestar.

A lo largo del libro se detalla la realidad de una serie de proyectos empresariales que conforman un sector locomotor de nuestra economía, gracias a la generación de puestos de trabajo, muchos de ellos de alta cualificación, y al esfuerzo en I+D que conlleva toda la innovación sanitaria.

Pero este libro no se queda ahí, sino que toma partido de una forma clara respecto a las diversas vicisitudes que a lo largo de estos últimos años han tenido como protagonista a la sanidad en España. Y avanza propuestas y soluciones a temas que preocupan a la sociedad española en la búsqueda de la mejor fórmula posible para el mantenimiento de la vertiente sanitaria de nuestro estado del bienestar.

Por ello, no puedo por menos que agradecer la colaboración de toda la Comisión de Sanidad y Asuntos Sociales en la elaboración de este libro: desde los Vicepresidentes, Margarita Alfonsel y Fernando Benavente, hasta el relator Justo Sisi y a todos los agentes miembros de la Comisión que, de una forma profunda y comprometida, han vertido su realidad, sus opiniones y su compromiso de cara al futuro en este documento que estoy seguro que

marcará un antes y un después en la sanidad privada en nuestro país. Y, por supuesto, agradecimiento igualmente hacia una sensibilidad profunda de la propia CEOE en el impulso de la colaboración de este sector, tan importante en la Confederación, con el Sistema Nacional de Salud para el mantenimiento y sostenibilidad de éste. Lo que constituye uno de los elementos determinantes y más importantes para el futuro de nuestra sociedad.

D. Carlos González Bosch
Presidente de la Comisión de Sanidad y Asuntos Sociales CEOE

Agradecimientos

La magnitud de este trabajo y la imprescindible precisión y minuciosidad para abordarlo no habrían hecho posible su conclusión final sin la decidida colaboración y aportaciones de miembros de CEOE, con quienes cumplimos una ineludible expresión de gratitud a través de su mención:

- AESEG (Asociación Española de Medicamentos Genéricos)
- AESTE (Asociación de Empresas de Servicios para la Dependencia)
- AMAT (Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo)
- ANBAL (Asociación Nacional de Balnearios)
- ANEA (Federación Nacional de Empresarios de Ambulancias)
- ASEBIO (Asociación Española de Bioempresas)
- ASPA (Federación de Servicios de Prevención Ajenos)
- ASPREN (Asociación Nacional de Servicios de Prevención Ajenos)
- CEHAT (Confederación Española de Hoteles y Alojamientos Turísticos)
- CEIM (Confederación Independiente de Empresarios de Madrid)
- CEZ (Confederación Empresarios de Zaragoza)
- EFAN (Asociación de Empresarios Farmacéuticos de Navarra).
- FARMAINDUSTRIA (Asociación Nacional Empresarial de la Industria Farmacéutica)
- FED (Federación Empresarial de la Dependencia)
- FEDIFAR (Federación Nacional Asociaciones Mayoristas Distribuidores Especialidades Farmacéuticas y Productos Parafarmacéuticos)
- FEDOP (Federación Española de Ortesistas Protesistas)
- FEFE (Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles)
- FENIN (Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria)
- FNCP (Federación Nacional de Clínicas Privadas).
- GRUPO COFARES
- UNESPA (Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras)

Resumen ejecutivo

Declaración de intenciones

En CEOE, hemos asumido el ambicioso proyecto de mostrar cuáles son el cometido y los logros de las empresas y sectores privados en España, en los campos sanitario, sociosanitario y social. Queremos poner en valor el esfuerzo sostenido de un sector cuya necesidad social resulta incuestionable, y cuyas aportaciones y resultados en la salud y la calidad de vida de los ciudadanos son determinantes en nuestro estado del bienestar. Las empresas que desarrollan su actividad en estos ámbitos son socios estratégicos del sistema sanitario público y sociosanitario.

El libro blanco es un primer análisis general del sector, y aspira a ser una obra de referencia del ámbito privado sanitario y sociosanitario ante la sociedad, analizando el presente y mostrando las tendencias y retos que plantea el futuro.

El impacto que tiene este sector en la salud pública y en la mejora de las condiciones sociales de los ciudadanos es y debe ser una referencia para los poderes públicos que deben gestionar, con unos recursos económicos limitados, una mayor frecuencia en la utilización de los servicios sanitarios y sociosanitarios, como consecuencia del envejecimiento de la población y de la cronicidad de las enfermedades.

Las dificultades económicas que ha atravesado España en los últimos años han llevado a los poderes públicos a adoptar medidas que han tensionado la calidad y excelencia del sistema nacional de salud, situación ante la que el sector privado ha dejado patente su compromiso con la sociedad, llevando a cabo importantes esfuerzos para mantener los estándares de

calidad asistencial así como para la viabilidad y sostenibilidad del Sistema.

El cometido del *Libro* es recoger aquellos aspectos más relevantes de todos los sectores empresariales y consolidarlos en un todo que permita obtener una visión de conjunto y mostrar al lector de dónde venimos, dónde estamos y a dónde vamos en este largo camino que es la actividad de unos sectores empresariales comprometidos con la sociedad, su salud, la calidad de vida y las condiciones sociales.

El escenario sanitario y sociosanitario

El conjunto del sector sociosanitario emplea en España a 1,3 millones personas¹ siendo, de hecho, en algunos ámbitos territoriales el principal empleador. Hay elementos que generan inquietud, como la constatación de un retroceso en la incorporación de la innovación farmacéutica y de tecnología sanitaria en el sistema sanitario público, lo que está repercutiendo negativamente sobre la calidad de la atención que reciben los pacientes, así como las diferencias asistenciales entre Comunidades Autónomas (CC. AA.) en cuanto a la incorporación de los productos y servicios sanitarios, situación que está comprometiendo la equidad en el acceso a las prestaciones. Es imprescindible, en razón a lo expuesto, que el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad profundice en el liderazgo que le otorga la Constitución y el resto del ordenamiento jurídico derivado de la misma.

Asistimos al incremento continuo y sostenido de las necesidades de inversión dedicada a la atención sanitaria de la población por parte del sector público, propiciada por la cronicidad de las enfermedades y el envejecimiento de la población. Se da la peligrosa paradoja de que ante unas necesidades crecientes, se está dotando una financiación en reducción progresiva. La situación requiere de medidas estructurales de hondo calado, en los terrenos político (priorizar la sanidad y servicios sociales), financiero (en sintonía con nuestro contexto europeo), organizativo (orientar el modelo hacia la cronicidad) y normativo (conciliar la estabilidad normativa necesaria para el sector empresarial con la adecuación del ordenamiento jurídico a las necesidades actuales).

¹ Más del 6 % del empleo estatal total.

El presupuesto sanitario de las Comunidades Autónomas ha pasado de 57.360 millones de euros, en el año 2011, a 53.052 millones de euros, en 2014. Lo preocupante es que esta importante minoración de recursos económicos produce efectos no sólo hacia los usuarios y pacientes, sino también hacia las empresas, poniendo en peligro la calidad asistencial pública, la viabilidad de los agentes privados y sus consecuentes inversiones en I+D+i y generación de empleo.

Conviene recordar que el Sistema Nacional de Salud (SNS) se integra por el conjunto de las estructuras y servicios públicos y privados al servicio de la protección de la salud. Como prestación pública, tiene una importancia creciente, y los agentes privados, como provisosores de bienes y servicios en su ámbito concreto, son colaboradores necesarios del Sistema Público en el horizonte de garantizar la sostenibilidad y eficiencia de éste. La visión del sistema sanitario hoy debe entenderse bajo el prisma de lo público y lo privado, integrados y coordinados con una visión de mejora permanente y vocación de servicio público. La sanidad privada es una parte cada vez más importante del SNS como proveedora de bienes y servicios, así como colaboradora necesaria del Sistema Público, favoreciendo la sostenibilidad y eficiencia de este, aportando un notable efecto reductor en las necesidades del sector público y descargando los servicios sanitarios públicos.

El presupuesto público de atención a la Sanidad para el año 2015 es de algo más de 53.000 millones de euros, con una repercusión por ciudadano de unos 1.200 euros². En 2013, la cifra era de 61.710 millones. Para 2015, su peso en el PIB se estima en un 5,3 %³, habiendo sido del 5,9 % en 2013, 1.309 euros por habitante. El descenso del valor de la aportación económica del sector público es continuado y muy importante. En 2009 suponía 70.579 millones de euros y el 6,5 % del PIB⁴.

Es difícil encontrar otros ejemplos de mayor eficiencia en la gestión de los recursos públicos ya que, países como Estados Unidos y los principales de nuestro entorno europeo cuentan con un PIB dedicado a la Sanidad muy superior y tienen altas tasas de ciudadanos sin asistencia a diferencia del SNS español, caracterizado por la universalización de las prestaciones.

2 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

3 Programa estatal Gobierno de España 2015-2018.

4 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística del Gasto Sanitario.

La cuota de participación del sector privado en la financiación de la asistencia sanitaria en España es de las más elevadas de Europa, concretamente representa el 28,3 % del total, con un crecimiento sostenido durante los últimos años, siendo una de las más altas de nuestro entorno. La importancia de los recursos humanos que prestan sus servicios en el sistema sanitario público es digna de reconocimiento, al referirnos a casi medio millón de profesionales, concretamente 482.000⁵, de los cuales tienen la condición de personal sanitario 345.000 trabajadores (aproximadamente el 40 % de ellos asignados a la Enfermería) y de no sanitario, otros 137.000.

Es preciso poner también en valor el volumen de los recursos que compromete el sector de atención a la dependencia en España. A finales de 2013, el sector de Servicios Sociales contaba con 10.270 empresas: 5.157 pertenecientes al sector de asistencia de establecimientos residenciales y el resto, 5.113 empresas, al sector de actividades sociales sin alojamiento. Ambas empleaban a 426.200 personas⁶. El proceso de implantación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) parece haber contribuido a mejorar la estabilidad en el empleo de los servicios asociados a la atención a la dependencia, si bien todavía presentan importantes desigualdades entre ellos.

No obstante, en el diseño de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia (LAPAD) se estimó la creación de alrededor de 300.000 empleos como consecuencia de su implantación. En el período 2005-2009, se crearon 115.500 puestos de trabajo en el sector social. De ellos, 54.300 en el sector con alojamiento y 61.200 en el sector sin alojamiento. Esto, suponiendo que se atribuyesen todos estos nuevos empleos a la aplicación de la LAPAD, supone sólo el 38,1 % de la previsión inicial.

Para alcanzar el objetivo de una verdadera atención sociosanitaria sostenible, se ha de tener en consideración que la evolución demográfica y de la morbilidad poblacional hacen necesario un giro de atención a la cronicidad, siendo preciso que el sistema sanitario español se oriente a la atención de enfermos agudos, ya que las nuevas soluciones tecnológicas y farmacológicas han dado respuesta a enfermedades antes mortales.

5 Registro central de personal del Ministerio de Administraciones Públicas.

6 Observatorio del sector de atención a la dependencia en España Informe Junio de 2014

A medida que la planificación de la sanidad mire hacia los enfermos crónicos y consolide el apoyo que ofrecen los centros residenciales especializados se estará acercando progresivamente al terreno social, así como poniendo atención a los procesos de recuperación y rehabilitación tras procesos agudos.

Los poderes públicos deben, por tanto, priorizar sus políticas e inversiones de recursos en la gestión de la confluencia de la edad avanzada y de la cronicidad, o más exactamente la suma de la cronicidad y de la dependencia, que obligan a la actuación conjunta de los sectores sanitarios y de atención social.

Disponer de una coordinación sociosanitaria en una labor conjunta hacia los sujetos protegidos requiere conjugar dos sistemas, el Sanitario y el Social. Un modelo de atención integrado por instrumentos, normativos y de acción, coordinados.

Sería deseable que, al igual que sucede con el resto de las prestaciones que integren el catálogo del Sistema Nacional de Salud, se desarrollase normativamente el contenido de las prestaciones de la atención sociosanitaria, habiéndose perdido esta oportunidad regulatoria en España en varias ocasiones.

Por otra parte, resultaría conveniente explorar vías de futuro para la constitución de figuras jurídicas aseguradoras de la dependencia, con sustantividad propia y diferenciada de los seguros de salud o de los planes de pensiones.

Colaboración público-privada en el sistema sanitario

Resulta imprescindible una mayor implicación administrativa, con amplia participación estatal y autonómica, que pueda hacer un adecuado análisis de los beneficios que aportan los modelos de inversión público-privada ante instancias europeas con el objetivo de recabar fondos europeos que puedan generar ayudas de financiación para proyectos sociosanitarios. Sería también positiva una adaptación del marco regulatorio, cuyas características generales provienen de la Ley General de Sanidad, que data de 1986, teniendo en cuenta la experiencia y oportunidades identificadas durante estos años.

El sector sociosanitario es un ejemplo de las oportunidades que ofrecen las distintas fórmulas de colaboración público-privada para favorecer la viabilidad y sostenibilidad del Estado del Bienestar. Para ello es clave el papel de la Administración Pública que no debe sólo limitarse a invertir en recursos,

sino a gestionar, planificar, comparar y supervisar la provisión de servicios públicos en coordinación con el sector privado. El sector privado debe, por su parte, ofrecer innovación, mejoras tecnológicas y de procesos, así como gestionar servicios con la máxima calidad y eficiencia.

La descongestión de los servicios públicos, la calidad asistencial y los beneficios sociales y económicos que incorpora, están propiciando una mayor utilización de fórmulas de colaboración público-privadas.

En el aspecto institucional y organizativo, se debe garantizar la presencia de las Organizaciones Empresariales en los órganos consultivos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y especialmente en el Consejo Asesor de Sanidad, órgano consultivo más relevante, por la demostrada voluntad de las empresas de aportar experiencia y contribuir al desarrollo de la atención sanitaria a la población.

Para concluir este apartado, debemos mencionar que uno de los principales retos de nuestro sistema sanitario es la interoperabilidad de la información clínica. A pesar del gran consenso sobre los beneficios que tendría, tanto para los pacientes como para el propio sistema, su nivel de desarrollo es todavía muy escaso. Al cambiar de provincia o centro sanitario, los pacientes son sometidos, en muchos casos, a pruebas duplicadas y no se produce una continuidad asistencial correcta al no tener un adecuado acceso a toda la información médica de ese paciente debido a las diferentes barreras normativas, culturales y organizativas que se presentan. Uno de los problemas básicos ha sido la dificultad de participación de los proveedores privados en las experiencias que se han llevado a cabo, por lo que estamos dejando fuera a una importante parte del sistema.

La cuestión es posicionar al paciente en el centro del sistema para garantizar el cumplimiento de la Ley de Autonomía del Paciente, que reconoce el derecho de las personas a disponer de su información clínica y poder utilizarla para aquello que consideren oportuno, principalmente en sus procesos asistenciales.

Actualmente no existe ninguna iniciativa en marcha tan ambiciosa como para cambiar esta situación, por lo que resulta urgente un trabajo intenso en este ámbito que permita establecer un nuevo paradigma que contemple al mayor número de organizaciones sanitarias posible y que alcance los beneficios para los pacientes y para el propio sistema que todos los actores implicados reconocen.

Industria Farmacéutica Innovadora

El mercado farmacéutico español es el quinto en importancia en el contexto europeo, por volumen de ventas y generación de empleo y el sexto en términos de producción. Es preciso, por otra parte, destacar el papel de la industria farmacéutica como líder en la investigación. En otro aspecto hay que enfatizar que la I+D farmacéutica cuenta con un alto nivel de autofinanciación (89,9 %). Tiene la tasa más alta de volumen de empleo altamente cualificado en investigación, con 4.449 trabajadores en esta actividad.

La industria farmacéutica viene conociendo, últimamente, malos tiempos, habiendo experimentado años consecutivos de caída de su mercado como consecuencia de las medidas de ajuste del coste de la prestación farmacéutica, lo que ha implicado una ralentización del ritmo inversor en I+D.

Podemos señalar como la causa fundamental de esa contracción de la inversión el impacto de las medidas reguladoras del sector farmacéutico. Este impacto se ha dado, además, en otro tipo de acciones, como la central de compras de medicamentos, la exclusión de medicamentos de la financiación pública, el establecimiento de protocolos o algoritmos de aplicación o la convocatoria de concursos públicos por equivalentes terapéuticos, estas últimas medidas en el espacio autonómico.

Objeto de interés ha sido la implantación de algunas herramientas tecnológicas, como la prescripción electrónica o la historia clínica digital. En el aspecto organizacional y normativo motivaron inquietud la subasta de medicamentos o el Acuerdo Marco para la homologación de principios activos (Andalucía), la exclusión de determinados medicamentos de marca de los sistemas de prescripción electrónica o la sustitución por equivalentes terapéuticos (Castilla-La Mancha), el sistema de tarifa farmacológica/paciente/mes para determinados medicamentos (Cataluña), los algoritmos de decisión terapéutica corporativos (Comunidad Valenciana), el catálogo priorizado de medicamentos (Galicia) y la sustitución de determinados medicamentos por cuatro genéricos (País Vasco).

Un aspecto insoslayable es la observancia de comportamientos bajo patrones de ética. Son un requerimiento imprescindible en cualquier sector profesional, pero en el sector de la salud constituyen un valor inexcusable. Existían con anterioridad dos Códigos que han sido unificados en el vigente, desde 1 de enero de 2014. Uno de los aspectos destacables del nuevo sistema de autorregulación es la transparencia.

La Plataforma Tecnológica Española Medicamentos Innovadores (PTEMI)⁷ es una iniciativa promovida por la industria farmacéutica en colaboración con instituciones académicas, investigadores y Administraciones Públicas con la finalidad de fomentar la I+D en medicamentos innovadores en España. Su portal de comunicación⁸ se presenta como referente de la investigación biomédica farmacéutica y sirve como punto de encuentro y coordinación de todos los participantes.

La legislación sanitaria específica, en concreto el Real Decreto-Ley 1/2015, exigía a los laboratorios farmacéuticos el tratamiento medioambiental de los medicamentos no utilizados o caducados. Los laboratorios han dado debido cumplimiento a estas obligaciones legales a través del Sistema Integrado de Gestión y Recogida de Envases (SIGRE), entidad sin ánimo de lucro creada por la industria farmacéutica con la colaboración de la distribución y de las oficinas de farmacia, para garantizar la correcta gestión medioambiental de los mencionados residuos.

Un aspecto destacable, sin cuya mención no podemos concluir este apartado, es el relativo a los acuerdos tomados en 2010 y 2012 en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud dependiente del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, acerca del establecimiento de un procedimiento de compras agregadas para el conjunto del Sistema Nacional de Salud al que las distintas Comunidades pudieran adherirse de forma voluntaria. Este planteamiento inicial fue incorporado por el Real Decreto-Ley 16/2012, en su Disposición Adicional Cuarta.

Industria Farmacéutica. Medicamentos Genéricos

Debemos completar la visión de la fabricación de medicamentos haciendo obligada referencia a una singular categoría de ellos. Se trata de los conocidos como genéricos, definidos legalmente como: *“todo medicamento que tenga la misma composición, cualitativa y cuantitativa, en principios activos y la misma forma farmacéutica y cuya bioequivalencia con el medicamento de referencia haya sido demostrada por estudios adecuados de biodisponibilidad”*.

7 Referencia española de la IMI (Innovative Medicines Initiative).

8 www.medicamentos-innovadores.org.

No se puede olvidar que 7 de cada 10 genéricos consumidos en España se fabrican en nuestro país. Además, cuatro compañías de genéricos, con plantas de producción en España, se encuentran en el Top10 del mercado total en producción de unidades.

Se trata de un sector que emplea 7.000 puestos de trabajo directos y 22.000 indirectos. Debemos señalar que en los últimos años se ha producido una fuerte ralentización de la penetración en el lanzamiento de nuevos genéricos⁹. Su presencia cuantitativa es mucho mayor en Europa que en España, que se sitúa en el 25 %, mientras que en el conjunto de nuestro país se queda en el 19 %.

Desde la entrada en vigor del Real Decreto-Ley 16/2012, se observa un impulso en el crecimiento del consumo de genéricos. La incorporación de los medicamentos genéricos en el consumo ha sido lenta pero creciente, año a año. En 2012 se superó en más de 4 veces el porcentaje de consumo en envases de genéricos frente al total de medicamentos de 2003, habiéndose pasado, en dicho período, de un 8,9 % a un 39,7 % del total.

A este respecto, cabe destacar que Castilla y León (48,7 %), Cataluña (45 %), Madrid (43,7 %) y Andalucía (43,5 %) son las Comunidades Autónomas que han tenido mayor porcentaje de consumo de envases de genéricos respecto al total de medicamentos, y con los porcentajes más bajos se encuentran Murcia (27,9 %), Asturias (30,5 %) y La Rioja (31,1 %) ¹⁰.

En relación a las causas de la ralentización de su implantación y a pesar de los criterios de incentivación y aceptación señalados podemos citar los siguientes motivos de la referida ralentización:

- Obligatoriedad normativa para que los medicamentos de marca sin patente iguallen el precio al nivel de su homólogo genérico.
- Ausencia de criterio de Unidad de Mercado en algunas CC. AA. (subastas de medicamentos en la CC. AA. de Andalucía, algoritmos en la CC. AA. de Valencia) en la aplicación de normativas de ámbito nacional.

⁹ En el lustro 2005-2010 fue del 70 %, en el bienio 2011-2012 se redujo al 49 % y en el bienio siguiente (2013-2014) se quedó en el 22 %.

¹⁰ Información y estadísticas sanitarias 2014. MSSSI.

Asimismo, como elementos negativos para la implantación del medicamento genérico pueden considerarse.

- Intensa conflictividad con litigios excesivos de las patentes.
- Frecuentes cambios normativos desde el origen.
- Insuficientes medidas legislativas para la promoción del genérico.
- Distinta interpretación y aplicación de la legislación en los diferentes espacios autonómicos.
- Insuficientes incentivos para prescribir (médicos de atención primaria y especialistas), dispensar (farmacéuticos) y demandar (pacientes).

Distribución farmacéutica

Su trascendental cometido, en el mundo del medicamento, es servir de puente entre la industria farmacéutica y las oficinas de farmacia. La función sanitaria de la distribución de gama completa es esencial para la salud pública, al garantizar que todas y cada una de las farmacias accedan, en igualdad de condiciones, a todos y cada uno de los medicamentos comercializados, con independencia de la ubicación y capacidad de compra de las farmacias y del precio y rotación de los medicamentos. Estas empresas, por otra parte, efectúan una compensación, detrayendo recursos de las operaciones rentables, para emplearlos en aquellas que son deficitarias.

El mercado mayorista se integra en su práctica totalidad (el 98,8 %) por distribuidores mayoristas tradicionales de amplia gama o *full-line wholesalers*. El modelo más habitual de este tipo de agentes es el de cooperativas, representando el 75,1 % de la cuota de mercado del mercado mayorista. El número total de empresas del sector es de aproximadamente 50, de las que los 6 principales grupos representan el 77,2 % del mercado mayorista.

Las oficinas de farmacia se comunican telemáticamente con los almacenes de distribución para la realización de cerca de 1,7 millones de pedidos al día, a lo largo de las 24 horas durante los 365 días del año. Desde la preparación del pedido hasta su distribución transcurre un período medio de 2-3 horas. Esta disponibilidad permite que las oficinas de farmacia no necesiten disponer de un *stock* amplio para atender las necesidades de los pacientes (al margen del *stock* mínimo establecido legalmente).

La situación económica del sector es complicada. La factura pública en productos farmacéuticos ha experimentado una progresiva disminución en

los últimos años. Las herramientas para conseguirlo han sido el decremento del volumen de ventas de las oficinas de farmacia, y las sucesivas reducciones de precio de los fármacos. Esto sucede en un contexto en el que los gastos de la distribución vienen aumentando. Desde el año 2000 el ratio habitantes/farmacia ha aumentado un 6,8 %, debido a que la población española en ese período ha crecido un 16,7 % y las oficinas de farmacia lo han hecho en un 9,3 %.

El sistema sanitario debe aprovechar las oportunidades operativas que ofrece la distribución de gama completa. Esta excelente capacidad logística y operativa podría ser de gran utilidad en otras áreas de la salud, proporcionando importantes ahorros, tan necesarios en los tiempos de ajuste económico que vivimos, mediante su participación en otros ámbitos sanitarios al margen del suministro a las oficinas de farmacia.

Oficinas de farmacia

Las oficinas de farmacia son establecimientos sanitarios privados de interés público, cuya titularidad-propiedad corresponde a uno o varios farmacéuticos sujetos a la planificación sanitaria que establezcan las Comunidades Autónomas para acomodar su distribución y ubicación a las particulares geográficas, territoriales y poblacionales específicas. Ello hace que la oficina de farmacia sea el establecimiento sanitario más próximo al ciudadano y que el farmacéutico sea el profesional sanitario más cercano y accesible para el paciente, y el único en muchas poblaciones españolas. La red asistencial de la oficina de farmacia cubre todo el territorio nacional, con 21.854 farmacias, de forma que el 99,8 % de los ciudadanos tiene una oficina de farmacia en su municipio. Además, el servicio de guardia o urgencia, garantiza la prestación farmacéutica las 24 horas al día y 365 días al año.

La finalidad fundamental de la oficina de farmacia es la dispensación de medicamentos y productos sanitarios en condiciones de calidad y seguridad para el ciudadano, sin embargo no es ésta su única faceta (ni la que se espera en el futuro inmediato), ya que colabora con las Administraciones Sanitarias en el uso racional del medicamento, farmacovigilancia, adherencia al tratamiento, campañas de salud pública, de prevención de enfermedades y autocuidado responsable, antitabaquismo, sistema personalizados de dosificación (SPD), cribados, el Sistema Integrado de Gestión y Recogida

de Envases (SIGRE) para facilitar que los ciudadanos puedan desprenderse de envases y medicamentos caducados y blísteres fuera de uso, etcétera. Función altamente social que debe verse ampliada mediante la creación de una cartera de servicios amplia y remunerada que permita la sostenibilidad del actual modelo y su rentabilidad.

El Informe del Consejo de Expertos de Sanidad, dada la capilaridad de la oficina de farmacia, otorga a ésta un protagonismo fundamental en el nuevo espacio sociosanitario, como garante de la salud integral del ciudadano.

La profesión de farmacéutico es una de las mejor valoradas y de mayor confianza para los ciudadanos europeos. La oficina de farmacia proporciona un empleo estable, cualificado (más del 60 % de los empleados tiene titulación universitaria superior), y mayoritariamente femenino. Da trabajo a unos 73.000, trabajadores y, si consideramos a los titulares-propietarios, la cifra asciende a 110.000 personas.

La facturación de la oficina de farmacia alcanza los 18.100 millones de euros anuales de facturación total ya mediante la dispensación de medicamentos y productos sanitarios al Sistema Nacional de Salud (más de 860.000.000 de recetas anuales), ya por venta libre.

Sin embargo, la situación del sector no es nada fácil y se inserta en un contexto jurídico-social poco tranquilizador. El principal y casi único objetivo de las medidas que la normativa impone al sector farmacéutico es reducir el precio de los medicamentos y productos farmacéuticos, situación que deriva en una reducción de los ingresos y rentabilidad de las oficinas de farmacia.

La oficina de farmacia ha perdido un importante volumen de negocio en España en los últimos cinco años, siendo un aspecto básico de esta pérdida la reducción de precios sufrida en los últimos años. Frente a la contracción del 6 % de la economía española, el sector minorista de medicamentos sufrió una pérdida superior al 20 %, según datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística. La principal razón de esta caída es la disminución del importe de la facturación al Sistema Nacional de Salud. Del ahorro total en el sistema sanitario, el 62 % del mismo ha sido obtenido a través del ahorro en farmacia.

Pese a todo lo anterior, la oficina de farmacia ha “retornado” al Sistema Nacional de Salud 3.661 millones de euros, en el período comprendido entre el año 2011 y 2014, como consecuencia de las deducciones (aportaciones, descuentos, etc.) que por la normativa vigente tiene que aplicar en beneficio

del SNS. La normativa de aplicación se concreta principalmente en el Real Decreto-Ley 4/2010, de 26 de marzo, de racionalización del gasto farmacéutico con cargo al SNS y el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

Esta situación de minoración de ingresos, efecto de la normativa anteriormente señalada, para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, se suma a los retrasos en el pago de la factura farmacéutica.

Por parte de la Administración Autonómica se han adoptado, también, medidas ordenadoras de la prestación farmacéutica, para intentar minorar su gasto en la prestación farmacéutica a través de receta oficial con cargo al Sistema Nacional de Salud. La estrategia normativa se ha centrado en: a) orientar la libre prescripción por los facultativos para dirigirlos a medicamentos de menor coste; b) desviar medicamentos que deben ser dispensados por la oficina de farmacia a los centros de salud u hospitales; y c) establecer un suministro directo de medicamentos y/o productos sanitarios, por parte de su propio servicio de salud, a centros sociosanitarios o a los domicilios particulares.

Las nuevas tecnologías utilizadas por las oficinas de farmacia (receta electrónica y sistema de identificación individual de los envases -trazabilidad-), han de permitir, pese a los esfuerzos económicos, que ello ya le han supuesto o puedan llegar a suponer, una fuente de información fundamental para su propia gestión y conocimiento del mercado, además de facilitar la implementación de nuevos servicios incluso de facturación y cobro.

Tecnología sanitaria

La tecnología sanitaria mejora la salud y calidad de vida de los pacientes y pone a disposición de los profesionales sanitarios soluciones para el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades. Es además un sector clave en el avance y modernización del sistema sanitario como organización y de las prestaciones sanitarias de las que se benefician los ciudadanos.

El sector de la tecnología sanitaria en España, socio estratégico del Sistema Nacional de Salud, está integrado en España por más de 1.000 empresas fabricantes, importadores, distribuidores y prestadores de servicios sanitarios que ponen a disposición del Sistema más de 500.000 productos sanitarios.

Es un sector que proporciona empleo directo a más de 25.000 trabajadores y cuya facturación ha bajado un 17 % entre 2010 y 2014.

El mercado español de la tecnología sanitaria es el quinto en importancia en el contexto europeo, por volumen de ventas, y el sexto en términos de generación de empleo. Es un sector con vocación exportadora habiéndose incrementado sus exportaciones cerca de un 10 % en el año 2014, respecto al año 2013.

Es un sector innovador que viene incrementando su cifra de inversión en I+D+i de forma constante en un 4 % anual desde 2010, crecimiento que se prevé mantener en los próximos años.

No sería posible disponer de diagnósticos precisos y rápidos sin la tecnología sanitaria, tampoco sería posible llevar a cabo múltiples actos clínicos sin la tecnología sanitaria, no habría tratamientos ni curación de muchas enfermedades sin la tecnología sanitaria, ni muchas personas podrían tener una vida digna y conciliar su enfermedad con su vida sin la tecnología sanitaria.

Su impacto y eficacia en la salud pública es determinante, pero sus beneficios también pueden identificarse en términos de eficiencia para el Sistema, toda vez que facilita un mejor aprovechamiento y planificación de los servicios públicos, posibilita la monitorización remota de pacientes, el seguimiento domiciliario de las enfermedades y facilita la toma de decisiones por parte de los profesionales evitando duplicidades de pruebas y tratamientos, etc.

La orientación a la cronicidad ya apuntada como uno de los elementos críticos de la evolución del modelo sanitario, no puede entenderse sin el sector de la tecnología sanitaria como socio necesario, toda vez que el cambio de paradigma asistencial en el tratamiento de la cronicidad pasa por una mayor utilización de las nuevas tecnologías, la e-salud, la monitorización remota de los pacientes, el tratamiento y el seguimiento de las enfermedades de los pacientes en su domicilio, etc.

Hoy son una realidad las aplicaciones en salud y los dispositivos médicos que permiten mejoras en la gestión de la medicación, el autocuidado de la salud y la formación en hábitos de vida saludable, los sistemas de *big data* para la ayuda a la toma de decisiones clínicas, etc.

Las oportunidades que brinda la gestión de la información y el *big data* que han generado importantísimos beneficios en otros sectores ajenos a la salud, deben ser aprovechados en nuestro ámbito. Hoy ya son múltiples los desarrollos de tecnología sanitaria disponibles y el sector continúa trabajando

en innovar los actuales sistemas de información con el objetivo de facilitar los procesos de toma de decisiones por parte de los profesionales sanitarios, poniendo a su alcance la información relevante.

La conducta ética y socialmente responsable del sector de la tecnología sanitaria se encuentra regulada por un Código de Buenas Prácticas que establece las condiciones para la necesaria interacción entre este sector con los profesionales sanitarios para el desarrollo e innovación de los productos así como para la formación y adiestramiento de los profesionales sanitarios en la utilización de la tecnología.

Los importantes retornos en salud y eficiencia de la tecnología sanitaria son elementos que deben ser tenidos en consideración por los poderes públicos para invertir en tecnología sanitaria y reducir la actual situación de obsolescencia tecnológica existente en España.

Biotechnología

La biotecnología se refiere a toda aplicación tecnológica que utilice sistemas biológicos y organismos vivos o sus derivados para la creación o modificación de productos o procesos para usos específicos. La biotecnología sanitaria permite cada día mejorar la calidad de vida de las personas, vivir de forma más saludable y tomar decisiones médicas adecuadas, mejorando la fiabilidad del diagnóstico y favoreciendo, a su vez, el acceso a soluciones terapéuticas adaptadas a las necesidades individuales.

Fomentar la formación de la biotecnología significa crear redes de colaboración entre la industria investigadora, las universidades y la Administración Pública. Se muestran imprescindibles, por otra parte, políticas de racionalización mediante una financiación selectiva, en la que se tenga en cuenta no sólo su efectividad, sino también la relación entre los beneficios que aporta y el impacto presupuestario que representa para el Sistema de Salud. De cara al futuro, es de vital importancia apoyar la formación profesional en biotecnología promoviendo la homologación de los títulos de biotecnología que aún se encuentran en proceso de aprobación. Por otro lado, es crucial impulsar el entorno de la “bioemprendería” a través de acciones formativas y desarrollar la formación entre los diferentes interlocutores del sector biotecnológico. La colaboración con la Administración debe jugar un papel esencial en el terreno de la biotecnología, para conseguir un Sistema Nacional

de Salud más sostenible. Para ello, se han de impulsar políticas para movilizar recursos en un mercado donde existe demanda pública y oferta privada que convergen, y así dotar al país de nuevas tecnologías.

Una de las fórmulas que se considera más apropiadas para este acceso es la Compra Pública Innovadora (CPI), motor fundamental para el crecimiento del sector biotecnológico en España. En esta dirección se está trabajando con varias Comunidades Autónomas para su implantación, con casos de éxito ya demostrados como el Proyecto InnoVaSuMMA en Galicia, cuyo objetivo es la búsqueda de diagnósticos avanzados en biomarcadores para tratamientos principalmente en oncología y hematología.

Uno de los campos de investigación con más retos para el sector biotecnológico sanitario es el de las enfermedades raras. La corriente europea apunta a la consecución de un ecosistema que anime a las compañías a investigar y desarrollar medicamentos huérfanos en Europa, con políticas de reembolso y evaluación predecibles que permitan a las compañías afrontar el riesgo y reunir el capital necesario para la I+D+i.

En 2015, se han investigado 370 indicaciones de medicamentos, principalmente en oncología, sistema nervioso central, enfermedades autoinmunes y dermatología. La oncología continúa siendo el área terapéutica en la que hay un mayor número de medicamentos investigándose en este *pipeline* (el 31 % de los medicamentos, en el caso de compañías nacionales, y 49 %, en el caso de multinacionales con filial en España). Al igual que en el ejercicio precedente, el área del sistema nervioso central, es la segunda área con mayor número de medicamentos en investigación y desarrollo en territorio nacional, alcanzando el 21 % del total de los desarrollos. Dentro de los productos y servicios de diagnóstico y de medicina personalizada, el 39 % de ellos van dirigidos al área oncológica, el 16 % a enfermedades infecciosas y el 13 % al tratamiento de enfermedades del sistema nervioso central.

Ortopedia

La prestación ortoprotésica es una de las previstas en la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo al Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre, en el que se establece dicha cartera y el procedimiento para su actualización. Se trata de un servicio sanitario que incluye todas las prestaciones relacionadas con los productos y servicios, de libre adquisición

o bajo prescripción facultativa, de órtesis, prótesis y productos de apoyo relacionadas con el aparato locomotor. Además, incluye el proceso educativo que requiere la corrección de una discapacidad.

- Prestaciones ortoprotésicas: Prótesis externas. Sillas de ruedas, órtesis y ortoprótesis especiales.
- Servicios de ortopedia que implican: - Interpretación de la prescripción, evaluación, adaptación y aplicación de productos y servicios de órtesis y prótesis en serie. - El diseño, proyección, fabricación, adaptación y aplicación de productos y servicios de órtesis y prótesis a medida. - Interpretación de la prescripción, evaluación adaptación y aplicación de productos y servicios de productos de apoyo. - La atención personalizada y seguimiento en el funcionamiento de estas prestaciones. - La distribución y venta en establecimientos fabriles y comerciales de todos los productos y servicios contemplados con anterioridad.

El sector presta atención sanitaria a 3,8 millones de usuarios (8,5 % de la población española), entre los cuales 1,1 millones presentan deficiencias osteoarticulares y 245.000 secuelas de accidentes, además de que otros 1,5 millones reciben distintos productos de apoyo. Se trata de un mercado con importantes expectativas de crecimiento. Sin embargo, y a pesar de estos condicionantes, el gasto medio entre servicios, prótesis y productos de apoyo es de los menores de Europa en relación con la población. Tampoco hay que olvidar el lastre que supone para la competitividad del sector el creciente intrusismo derivado de la deficiente regulación.

En el campo profesional, queda un amplio recorrido de mejora para que quienes ejercen esta actividad sean considerados profesionales sanitarios. Aun existiendo un título de Técnico Superior en Ortoprotésica regulado por el Real Decreto 542/1995, hay una vía legal abierta por el Real Decreto 437/2002 que permite que titulados universitarios, con un curso de posgrado de 200 horas lectivas, sean habilitados como responsables técnicos de un establecimiento de ortopedia en el que se atiende a pacientes enfermos y personas con discapacidad. Actualmente, está en proceso de aprobación la creación de un Grado en Ortoprotésica impulsado por la Universidad Alfonso X El Sabio.

Es urgente, por otra parte, la regulación de las competencias profesionales, de los requisitos del establecimiento sanitario para ejercer la actividad

con identificación general mediante el símbolo de la cruz amarilla, así como estudios universitarios obligatorios con aplicación en todas las Comunidades Autónomas. No podemos obviar el efecto economizador del sector. La calidad y eficacia de los productos de apoyo empleados permiten que el usuario se incorpore antes y en mejores condiciones a la vida activa, incluido el mercado laboral. El ahorro de costes en prestaciones a cargo del Sistema de Seguridad Social y el incremento de la productividad laboral son más que evidentes. Tampoco puede despreciarse el efecto que la ortopedia tiene en la reducción del gasto en ayudas y prestaciones de carácter social, comprendido la Ley 39/2006. El proceso de rehabilitación es, sin embargo, una de las grandes asignaturas pendientes del Sistema Nacional de Salud.

Hospitales y clínicas privadas

El sector hospitalario privado es un importante sector productivo en nuestro país, responsable del 3,4 % del PIB español y que da empleo a 236.567 profesionales, 53.790 de ellos médicos. A pesar de esto, el sector mantiene en el conjunto de la atención sanitaria en España un peso frecuentemente infravalorado en su importancia absoluta y relativa. Cabe destacar que el número de centros de hospitalización privada supera al del sector público (59 % vs. 41 %), aunque el sector público cuenta con un mayor número de camas, factor de importancia relativa, actualmente, habida cuenta de la minoración creciente de la duración de los procesos de hospitalización. Los medios técnicos de la Medicina privada se muestran poderosos y en crecimiento continuo: cuenta con el 57 % de la tecnología de Resonancia Magnética (RM) y el 49 % de la de Tomografía por Emisión de Positrones (PET) y el 36 % de los Tomografía Axial Computarizada (TAC). La aceptación del proveedor privado de servicios sanitarios es muy alta, pues el 81 % de sus usuarios lo califican por encima del notable. Esta buena percepción de la sanidad privada es fruto de la constante apuesta de los centros privados por la calidad y la mejora continua de sus servicios. Además, la sanidad privada valora enormemente la formación y la especialización, lo que también se refleja en el número de hospitales privados que poseen rango de “universitarios”, actualmente 13.

Respecto de la subida del Impuesto sobre el Valor Añadido, una clara mayoría de los establecimientos sanitarios privados, el 87 %, considera que

les afecta negativamente, al producirles una minoración de beneficios.

La evolución de la facturación de las clínicas y hospitales privados motiva sentimientos más positivos que negativos en sus responsables, con las siguientes matizaciones. Un 27 % piensa que mantendrán su facturación en términos iguales o muy parecidos en el próximo año, un 23 % prevé un crecimiento superior al 5 %. Por el contrario, un 17 % estima que su facturación se verá minorada el próximo año en más del 5 %, el 7 % de los establecimientos y en menos del 5 %, el 10 % de los establecimientos.

En relación al conjunto de estrategias de crecimiento que se implementarán por las clínicas privadas en los próximos años, es posible destacar lo siguiente: las actividades con mayor representación son el incremento y diferenciación de la cartera de servicios (62 %), la reducción de costes (60 %) así como el desarrollo y potenciación de acciones de marketing (56 %).

La mayoría de las clínicas privadas tienen concierto con el Sistema Público, si bien ese porcentaje ha disminuido del 70 %, en 2013, al 58 %, en 2015. En el 64 % de las clínicas encuestadas, menos del 15 % de su facturación proviene de la actividad estrictamente privada, siendo los encuestados que reciben un importe, entre el 5 % y el 10 %, el grupo mayoritario (26 %). El 34 % restante recibe un importe superior al 15 % de su facturación por parte de la actividad estrictamente privada.

La existencia de deuda por parte de las Administraciones sanitarias al sector privado de clínicas y hospitales es un hecho, si bien muy diversificado en su cuantía dependiendo del caso particular de cada establecimiento. Las cuantías adeudadas, no obstante, son muy importantes y así a más del 12 % de aquellos, se les adeudan cantidades superiores al millón de euros. Las empresas del año 2015 a las que se les debe menos de 500.000 representan el 82 % del total, frente al 80 % de clínicas privadas que se encontraban en esta situación el año pasado. Tan sólo un 17 % tiene deudas superiores al 500.000 euros en 2015, frente al 19 % del 2014.

El 8 % de las clínicas privadas entrevistadas tiene un plazo medio de pago de la Administración dentro del plazo legal (30 días), cifra que se ha visto ligeramente incrementada respecto del año anterior (5 %). Del 92 % restante, el 53 % de las clínicas privadas tienen un pago medio de facturas entre 1 y 3 meses, cifra que se ha visto ligeramente reducida respecto al año anterior (59 %), mientras que el 39 % de las clínicas privadas tienen un pago medio de facturas superior a 3 meses, frente al 36 % del año 2014.

Aseguradoras

Estas compañías garantizan, a cambio del pago del importe de la prima, la prestación de asistencia a sus asegurados. Las prestaciones contratadas pueden manifestarse a través de alguna de las siguientes modalidades:

- De asistencia sanitaria: individuales, familiares o colectivas (trabajadores de una empresa).
- De reembolso de gastos médicos, previamente abonados por el asegurado.
- De subsidios al asegurado cuando sobrevengan determinados quebrantos.

El volumen de primas del Ramo de Salud alcanzó, en el ejercicio 2014, los 7.126,2 millones de euros, lo que representa un incremento del 3,3 % respecto al mismo período del año precedente. La base de ese incremento ha sido la modalidad de asistencia sanitaria, alcanzando ésta un 87,7 % de las primas totales del ramo. El número de asegurados del Ramo de Salud sobrepasó, en 2014, los 10,5 millones, lo que representa un incremento del 1 % respecto al cierre del año 2013. La base de este incremento tiene lugar, esencialmente, por un crecimiento del 2,3 % en la modalidad de asistencia sanitaria que acumula el 79,1 % de los asegurados. El pago de prestaciones del seguro de asistencia sanitaria es, así, absolutamente mayoritario respecto del resto de las prestaciones aseguradas, alcanzando casi el 90 % del importe del conjunto.

El comportamiento de los seguros individuales y colectivos es muy distinto, pues el mayor importe de las primas corresponde, con mucha diferencia, a los primeros, que representan casi el 71 %. Sin embargo, los colectivos, en su menor importe global, muestran un crecimiento mucho mayor. Esta superioridad numérica se repite en lo relativo al número de asegurados, 67,1 % en las pólizas individuales, frente al 32,9 % de las colectivas. El número de asegurados en seguros colectivos aumenta más que el de seguros individuales, igual que sucede respecto del volumen de primas. La línea de negocio, en esta modalidad de seguro, se dirige al modo colectivo.

Respecto de las modalidades, en lo relativo a la cobertura (siempre tomando como referencia la Sanidad Pública) el papel imperante es el del seguro duplicado (cobertura pública y contratación paralela y adicional de póliza privada), tanto en términos de volumen económico de las primas como en el de las pólizas suscritas. En proporción muy inferior existen seguros sustitutivos (mutualidades de funcionarios) y complementarios (cubren

prestaciones no incluidas en la Sanidad pública). A través del sistema sustitutivo se presta asistencia sanitaria en torno a dos millones de españoles entre titulares y beneficiarios del sistema mutualista. La mayor parte de esta población, el 85 %, elige la cobertura sanitaria por parte de entidades de seguro privado, frente al 15 % restante, que optan por ser atendidos por el sistema sanitario público.

Las pólizas privadas (individuales o colectivas) alcanzan un volumen poblacional en torno al 20 % en España, en un mercado de sólida implantación, que supone, para el titular de la póliza, un beneficio añadido al Sistema Público de Salud.

El aseguramiento de la asistencia sanitaria a la población española ha sido considerado, tradicionalmente, como una pugna entre dos actores enfrentados: la sanidad pública y la sanidad privada, entendiéndose que la prosperidad de una de las dos necesitaba de hacerlo a costa de la otra. Lejos de ser esta posición correcta hoy día, ha de entenderse que en este espacio asistencial han de convivir los dos actores, porque se necesitan mutuamente. El futuro Sistema de Salud de España estaría, así, compuesto de dos partes articuladas: una parte pública y otra privada, tanto en el ámbito del aseguramiento como en el de la provisión.

Las entidades aseguradoras privadas cumplen una función de sostenibilidad importante al aliviar la presión sobre el Sistema Público apostando, con el apoyo privado en la gestión, por un Sistema Público menos sobrecargado; contribuyendo a hacerlo sostenible, a racionalizarlo y a reducir la carga que pesa sobre la parte pública de la Sanidad. Con la participación de las entidades aseguradoras se trataría de ampliar gradualmente las experiencias existentes, el seguro de empresa y el mutualismo administrativo, con el objeto de alcanzar un seguro privado sustitutivo del público. Por su solvencia y su especialización, estas entidades, están en condiciones de proponer un proceso gradual de sustitución del seguro público.

Mutuas

Se trata de instituciones con más de 115 años de historia. De conformidad con lo previsto en el artículo 80.1 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, se definen como “asociaciones privadas de empresarios constituidas mediante autorización del Ministerio de Empleo y Seguridad

Social e inscripción en el Registro especial dependiente de éste, que tienen por finalidad colaborar en la gestión de la Seguridad Social, bajo la dirección y tutela del mismo, sin ánimo de lucro y asumiendo sus asociados responsabilidad mancomunada en los supuestos y con el alcance establecidos en esta ley”.

Su objeto consiste en el desarrollo, a través de la colaboración con el Ministerio de Empleo y Seguridad Social, de actividades propias de la Seguridad Social (artículo 80.2 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social):

- Gestión de las prestaciones económicas y de la asistencia sanitaria, comprendidas en la protección de las Contingencias Profesionales de la Seguridad Social, así como de las actividades de prevención de las mismas contingencias
- Gestión de la prestación económica por Incapacidad Temporal derivada de Contingencias Comunes.
- Gestión de las prestaciones por Riesgo durante el Embarazo y Riesgo durante la Lactancia Natural.
- Gestión de las prestaciones económicas por Cese en la Actividad de los Trabajadores por Cuenta Propia, en los términos establecidos en la Ley 32/2010, de 5 de agosto.
- Gestión de la prestación por Cuidado de Menores afectados por Cáncer u otra Enfermedad Grave.

Más del 98 % de las empresas españolas confían en una Mutua para proteger la salud de sus trabajadores. El total de población protegida por Contingencias Profesionales, en 2013, fue de 12.161.070 trabajadores.

Cuentan, las Mutuas, con un importante dispositivo de Recursos Humanos de más de 23.000 trabajadores: médicos (un 18,6 %), 7.079 profesionales sanitarios no médicos (un 30,4 %) y 11.841 empleados, correspondientes a personal no sanitario (un 50,9 %). Estos trabajadores prestan servicio en 1.429 centros (993 asistenciales y 433 administrativos)¹¹.

Del total de las actuaciones sanitarias realizadas en 2013, corresponden a Contingencias Profesionales, 10.798.322, y 3.091.002 a Contingencias

¹¹ Datos referidos a 2013.

Comunes, correspondiendo la casi totalidad de ellas a actuaciones en centros ambulatorios (10.345.077). El control de la Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes precisó de algo más de 3.112.000 actuaciones en 2013.

Transporte sanitario

Nadie puede poner en duda la utilidad del transporte sanitario como prestación adicional a la de asistencia sanitaria, pues es imprescindible, incluso, para llevar al paciente a recibir la asistencia. Esta utilidad se hace más evidente en el transporte en situación de emergencia.

Toda la vida de este sector ha transcurrido en España en poco más de 30 años. Se ha pasado de no existir a ser una pieza fundamental y de primera necesidad en la cadena sanitaria. Siempre ha habido, no obstante, un debate entre cómo sería mejor realizar el servicio: si debe ser operada esta prestación por los propios servicios de salud o por las compañías privadas mediante contratos de gestión o servicios. En la actualidad, el 95 % de los servicios públicos de transporte sanitario son realizados por empresas privadas que tienen su contrato con las diferentes Administraciones públicas competentes. El sector prestador del servicio defiende su posición en base a estos argumentos:

- 1) Gestionado por las empresas mediante concursos públicos se ha obtenido uno de los mejores transportes sanitarios del mundo.
- 2) Cuando la Administración ha explotado directamente el servicio se ha encontrado con unos costes insostenibles, al pasar el personal a ser empleado público, con el incremento retributivo que supone y la necesidad de más personal para el servicio.
- 3) Las experiencias de las Administraciones queriendo hacer público el servicio siempre han fracasado, reconociendo que el mejor modelo es el actual.

El tejido empresarial del transporte sanitario tiene presencia en las 17 Comunidades Autónomas, en las que reparte más de 11.200 vehículos. La proporción del gasto sanitario dedicada al transporte tiene variables considerables en ese espacio autonómico, con extremos como Galicia o Castilla-La Mancha, en donde esa proporción más que quintuplica la proporción de la primera Comunidad mencionada.

El transporte sanitario terrestre concentró el 92 % del volumen sectorial, correspondiendo el 8 % a los servicios en helicóptero.

La facturación derivada de la prestación de servicios de transporte sanitario experimentó, en 2014, un descenso del 1,7 %. Esta caída, no obstante, es inferior a la registrada en los dos años anteriores, cuando el mercado decreció un 3,7 %, en el año 2012, y un 2,1 %, en el año 2013.

En los últimos años, se han producido importantes ajustes presupuestarios en los concursos de transporte sanitario, entre un 5 y un 15 %. A esta situación de minoración de los ingresos hay que añadir los retrasos en el pago por parte de la Administración a los proveedores del transporte, como factores de dificultad financiera de estas empresas.

Servicios de prevención

No pueden disociarse Medicina del Trabajo y Salud Pública. La legislación configura la vigilancia de la salud como un derecho del trabajador y una obligación del empresario, enunciando como regla general la voluntariedad de la misma. La referida vigilancia se lleva a cabo por personal sanitario con competencia técnica, formación y capacidad acreditada y no deberá suponer coste alguno al trabajador.

A pesar del carácter general de voluntariedad de los reconocimientos por parte de los trabajadores, legalmente existen algunos casos en los que tienen carácter obligatorio. Todas las empresas que hayan de cubrir puestos de trabajo con riesgo de enfermedades profesionales están obligadas a practicar un reconocimiento previo a la admisión de los trabajadores y a realizar los reconocimientos periódicos que para cada tipo de enfermedad se establezcan, pudiendo considerarse que esos reconocimientos tienen el carácter de obligatorios para el trabajador.

La prevención de riesgos puede hacerse tanto con Servicios de Prevención propios de la empresa, como con recursos ajenos a la misma. Este último es el caso de aquellas entidades especializadas cuya mención se recoge en la propia Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales y en su Reglamento de desarrollo (Real Decreto 39/1997, de 17 de enero). Hemos alcanzado la cifra de 435 entidades acreditadas en todo el territorio nacional para prestar estos servicios ajenos, cuya figura es la más utilizada (59,8 % de los casos).

La actividad de los Servicios de Prevención se realiza en estrecho contacto con los dispositivos sanitarios públicos, autoridades sanitarias, Administraciones e inspección médica, pudiendo afirmarse que en concreto, los centros sanitarios de los Servicios de Prevención Ajenos (SPA) en la práctica constituyen una red paralela de atención primaria, en tanto que los problemas de salud o patologías detectadas en la realización de los reconocimientos médicos pueden ser tratadas con mayor celeridad, evitando así gastos innecesarios al Sistema Público de salud. Este valor de los Servicios de Prevención no puede ser desconocido y por el contrario debe ser rentabilizado.

Termalismo y turismo social

El Termalismo es la acción terapéutica de las Aguas Mineromedicinales sobre la salud. Los establecimientos que desarrollan el Termalismo son los Balnearios que tienen la condición de centros sanitarios y que se caracterizan por disponer de Aguas Mineromedicinales declaradas de Utilidad Pública.

Estos establecimientos tienen como finalidad la prevención y mejora de determinadas dolencias.

El Balneario es un centro sanitario en donde se llevan a cabo los tratamientos termales, rigurosamente controlados por un servicio médico especializado, en instalaciones adecuadas desde el punto técnico sanitario para realizar los tratamientos que ofrecen.

A través del programa de Termalismo Social que los Balnearios mantienen con el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), los mayores/pensionistas se benefician de las curas balnearias mejorando así su calidad de vida. Este programa supone un servicio complementario de las prestaciones de la Seguridad Social.

Hay que destacar la alta rentabilidad económica del Termalismo y Turismo Social, que podemos concretar en 2,32 euros recuperados por cada euro invertido en el mismo, en forma de IVA directo, indirecto o inducido, así como en el Impuesto de Sociedades o en otros impuestos (IAE, IBI y/o carburantes). Además se generan empleos directos o indirectos, con los ingresos que suponen en cotizaciones a la Seguridad Social o IRPF, por ejemplo. Hay que añadir, también, la reducción del consumo de medicamentos (estimada en un 23 %) que experimentan los usuarios de este tipo de turismo, al sentirse más sanos.

Los Programas de Vacaciones para Mayores, por otra parte, están orientados a generar actividad turística en temporada baja y suponen una oportunidad evidente, ya que el número de plazas demandadas es superior al de las ofertadas por el sector.

Otros formatos son el Turismo Social Europeo (Proyecto Calypso) o el Turismo Senior Europeo, dirigidos a impulsar el fenómeno turístico, garantizando que el mayor número de ciudadanos europeos tenga acceso a vacaciones, e incide en los objetivos de aumento del empleo, prolongación de la extensión de la estacionalidad, fortalecer al ciudadano europeo e implementar economías regionales/locales a través del desarrollo del turismo social, así como en la extensión de la imagen de España como destino turístico de primer orden.

Turismo de salud y atención sanitaria a extranjeros

España es el tercer destino turístico más importante del mundo, con más de 65 millones de turistas en el último año, y sólo superado por Francia y Estados Unidos. Cada vez son más los pacientes extranjeros que eligen este destino para recibir asistencia sanitaria, lo que se conoce como turismo de salud.

En 2015, España prevé facturar 500 millones de euros por este concepto, cifra que podría duplicarse en los próximos cinco años. Un objetivo que está más cerca de realizarse gracias al acuerdo que han firmado recientemente este clúster español de turismo de salud (compuesto por clínicas privadas, balnearios, centros de dependencia, alojamientos turísticos y agencias de viajes) y la Secretaría de Estado de Turismo. Es preciso destacar que el país cuenta con una Sanidad Privada asentada, solvente y con unos precios competitivos.

Francia, Reino Unido, Alemania, Rusia, los países nórdicos y los Emiratos Árabes son los mercados prioritarios para España, tanto por la cantidad de turistas que llegan como por la capacidad económica de sus turistas. Por lo general, son turistas de entre 30 y 50 años de edad y con un poder adquisitivo alto (gastan 1.200 euros diarios, lo que supone diez veces más que el turista convencional, que sólo invierte 122 euros al día), e invierten en tratamientos médicos que oscilan entre los 4.000 a los 20.000 de media.

Medicina Estética, Medicina Reproductiva y Ginecología son los tres sectores médicos más demandados por los jóvenes y, generalmente, solteros, durante la temporada alta del año (de junio a septiembre), debido a que

España es uno de las regiones europeas con una estabilidad jurídica en este sentido y porque, también, los costes de las terapias y las listas de espera son menores que los de sus países de origen. Traumatología, por otro lado, es la especialidad más requerida por las familias, ya que, durante su estancia en el país, acuden con más frecuencia al hospital por los golpes que se han dado sus hijos pequeños.

Las personas mayores de 50 años y los jubilados, en cambio, son el único tipo de paciente que acude a la sanidad privada española durante la temporada media (primavera-otoño) para tratarse patologías relacionadas con Medicina Interna, Cardiología, Oncología, Oftalmología y Odontología, debido a que disponen de mucho más tiempo para viajar y en esas fechas las listas de espera para ser intervenidos, suelen ser bastante más cortas.

Por otra parte, gracias a la Directiva Europea de Asistencia Sanitaria Transfronteriza¹² se abre la puerta a que los pacientes de la UE reciban tratamientos tanto en centros públicos como privados de otro país, que luego serán abonados por su país de origen. Esta vía es todavía muy poco relevante, ya que la aplicación de esta Directiva se encuentra en un estado muy prematuro. Además, estos pacientes deben ajustarse a la normativa específica de su país de origen y obtener los permisos correspondientes para recibir el reembolso de los gastos.

El turismo de salud es una excelente herramienta para diversificar el turismo y luchar contra la estacionalidad que frecuentemente sufren muchas zonas turísticas de España.

Sector sociosanitario

Los apoyos de aplicación y desarrollo de este sector pueden ser formales y/o informales. Cuando son informales nos referimos, sobre todo, a aquellos que la familia y la sociedad civil realizan de manera gratuita, si bien con altos costes de oportunidad (en tiempo, ocio, salud y trabajo). Cuando nos referimos a la atención formal estamos hablando de la atención sociosanitaria (ASS) como conjunto integrado de servicios y prestaciones sociales y sanitarias que se destinan a la rehabilitación y cuidados de personas que se encuentran en

¹² Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza.

diferentes situaciones de dependencia. Atención sociosanitaria y atención a la dependencia suponen mecanismos diferenciados a los que seguidamente hacemos referencia.

Se precisa una herramienta básica para el adecuado desarrollo de estos propósitos: un Pacto Sociosanitario, a través de un acuerdo conjunto en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y del Consejo Territorial de Servicios Sociales y Dependencia, que pueda permitir el desarrollo y consolidación de una atención sociosanitaria coordinada e integral.

Los pasos a seguir en este camino pueden ser:

- 1) Definición ajustada del perfil de la persona necesitada de la atención sociosanitaria.
- 2) Establecimiento de la cartera de servicios sociosanitarios.
- 3) Disposición de los órganos de coordinación necesarios. La Comisión Sociosanitaria habrá de ponerse en marcha como instrumento a través del cual se integran la atención sanitaria y la social, a través de la valoración, por dicho órgano, de los recursos.
- 4) Utilización de criterios homogéneos, en la acreditación de centros y servicios sociosanitarios. La atención se prestará en los centros y servicios debidamente acreditados.
- 5) Puesta en marcha de mecanismos compartidos de información. Los instrumentos claves son: - Código de identificación personal único para los sectores sanitario y social. - Historia sociosanitaria integrada. - (Historia Sociosanitaria Resumida interoperable para ambos sistemas). - Conjunto mínimo de datos sociosanitarios.

El espacio residencial debe merecer una especial atención por parte de las Administraciones Públicas. La mayor parte de las personas que utilizan este recurso asistencial lo hace debido a problemas de salud que no pueden atender debidamente en situación domiciliaria y que necesitan atención por profesionales y recursos especializados¹³. Es preciso destacar que el 45 % de las personas que ingresan en centros residenciales tiene un Barthel inferior a 35 (dependencia grave o total)”.

13 Fundación Edad & Vida. Perfil sanitario de las personas ingresadas en centros residenciales.

Es evidente la elevada necesidad de atención sanitaria de estas personas dependientes en un elevado porcentaje, y por ello la calificación de los centros en los que se encuentran no debería quedarse en el calificativo de “residencial” sino que deberían ser considerados centros de atención sociosanitaria o atención intermedia y no meros sustitutos del hogar. Un elemento esencial debe ser el correcto uso de las autorizaciones e inspecciones locales y autonómicas que garantizan la calidad de los centros de atención sociosanitaria y que permitan aprovechar y optimizar un importante número de centros residenciales actualmente considerados sociales, pero que están realizando una labor sanitaria relevante. Por esto es fundamental el reconocimiento vía acreditación que permita disponer también de un módulo sanitario. Es necesario desarrollar en España una atención eficaz y eficiente de la convalecencia y los cuidados paliativos para enfermedades avanzadas o en final de vida, atención que ya se está proporcionando en centros residenciales a día de hoy, pero es necesaria su regulación vía acreditación para establecer unos circuitos de coordinación, derivación y seguimiento claros y eficientes. Asimismo, hay que establecer un Módulo Sanitario de financiación que cubra el costo de los servicios sanitarios en los Centros residenciales. Este módulo facilitaría la derivación de enfermos crónicos ingresados en centros hospitalarios de agudos.

Desarrollo de la atención a la dependencia

Se define la dependencia como la necesidad de apoyo personal y/o instrumental para realizar actos básicos o vitales de la vida cotidiana. La Ley de Dependencia ha representado un gran paso en el reconocimiento de la nueva realidad que supone el cambio demográfico y el envejecimiento de la población en España.

El ámbito de la Dependencia carece actualmente de un marco claro, estable, transparente y sostenible, basado en la colaboración público-privada. Esta realidad hace necesario dotar al Sistema de una unidad de mercado donde se fijen unos mínimos comunes en toda España para la aplicación de la Ley. Asimismo, con objeto de garantizar la adecuada financiación y sostenibilidad del Sistema, CEOE cree necesario el desarrollo de productos financieros y aseguradores que, aunque ya contemplados en la Ley, necesitan de un mayor impulso por parte de las Administraciones Públicas, sobre todo a base de incentivos fiscales. Es necesario destacar, también, una de las realidades

del Sistema que más preocupa actualmente, que es el elevado número de personas con el derecho reconocido pero que están pendientes de valoración o de asignación del Programa. Las carencias son muchas y podemos citar, además, la falta de desarrollo generalizado de las acciones orientadas a la Prevención de la Dependencia y/o a la Promoción de la Autonomía personal. Hay una clave, no obstante, a considerar y es que la colaboración público-privada debe basarse en la delegación y la generación de confianza en las propuestas de mejora, no en la mera externalización de servicios.

Es preciso mencionar que el 46,15 % de las prestaciones que se conceden en el conjunto del Estado se dirigen al cuidador familiar, cuando la Ley establecía que debían tener carácter excepcional. Es imprescindible la profesionalización de todos los trabajadores que atienden a los colectivos de personas dependientes, incluso los llamados cuidadores no profesionales, para reducir a cuotas excepcionales la existencia de los mismos en domicilio de personas amparadas por la Ley de Dependencia. Conviene tener en cuenta que un cuidador informal nunca puede sustituir a un profesional, y un voluntario de una entidad del tercer sector tampoco puede hacerlo. Es evidente la amenaza que supone un tercer sector a menudo no profesionalizado y en este momento concreto, incluso favorecido por algunas Administraciones frente a lo que sería el planteamiento de colaboración público-privada que se pretende potenciar. Debería regularse, pues, este ámbito laboral, de forma que los cuidadores tuvieran la formación correspondiente y cotizaran por su trabajo. Hay que dejar constancia, no obstante, de la creciente profesionalización de quienes se dedican en el espacio empresarial al cuidado de personas dependientes, sector completamente profesionalizado en la actualidad y sometido a las normas y ratios de profesionales comunes.

Recogida la importancia y necesidad de la profesionalidad de quienes atienden a personas dependientes, es preciso enfatizar acerca de la imprescindible agilización de la tramitación de los certificados de profesionalidad en el Sector de la Dependencia, tanto residencial como la ayuda a domicilio.

La atención a la dependencia se desarrolla a través de los siguientes recursos:

- Los servicios residenciales son aquellos que hacen referencia a un ingreso temporal o permanente. Esencialmente serían los adecuados para personas con dependencia severa y alta dependencia, aunque se atiende a todos los niveles de dependencia.

- Los centros de día integran equipamientos destinados a la atención diurna de las personas dependientes. Tanto los centros residenciales como los centros de día promueven la convivencia de las personas mayores y la organización de las actividades para la ocupación del tiempo libre, el ocio y la cultura e informan sobre el acceso a los servicios sociales y sanitarios. Su carácter sociorrehabilitador promueve la autonomía de las personas mayores y previene un aumento de la dependencia mediante intervenciones terapéuticas y rehabilitadoras.
- Los servicios de ayuda a domicilio suponen el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el hogar de las personas en situación de dependencia, con el fin de atender sus necesidades de vida diaria prestadas por entidades o empresas acreditadas para esta función. Se trata de un servicio de carácter preventivo, no sólo asistencial. Es necesario para la viabilidad del sector que las tarifas se alineen con los costes reales de los servicios que se prestan. Nos encontramos servicios con precios muy por debajo del coste de la mano de obra. Esto impacta en el usuario y en el trabajador, especialmente en servicios intensivos en mano de obra como el Servicio de Atención Domiciliaria (SAD). Lo que debería haber sido un sector locomotora en materia de empleo y aportación a la Seguridad Social se ha frenado o, incluso, se ha precarizado.
- Los servicios de teleasistencia suponen un soporte remoto que se presta, por vía telefónica o telemática, a usuarios con riesgo sociosanitario (vulnerables, frágiles, dependientes o con aislamiento social), con la finalidad de facilitar su permanencia en el domicilio y potenciar su autonomía en las actividades de la vida diaria. Los servicios de teleasistencia no sólo actúan ante las crisis, sino que tienen un carácter preventivo y de seguimiento esencial para la persona en situación de dependencia y sus familias.

Aseguramiento de la dependencia

En la sociedad actual, con patrones de envejecimiento y dependencia previsibles y constatables, es evidente la necesidad de asegurar futuras situaciones de dependencia, en las que el asegurado no podría atender sus necesidades con sus propios medios. Conforme a la Disposición Adicional Segunda de la Ley 41/2007, de 7 de diciembre, se estableció el marco regulatorio de los seguros privados de dependencia, cuya cobertura puede instrumentarse a

través de un contrato de seguro suscrito con entidades aseguradoras, incluidas las mutualidades de previsión social, oa través de un plan de pensiones.

La cobertura de la dependencia realizada a través de un contrato de seguro obliga al asegurador, aspecto que ahora nos ocupa en el caso de que se produzca la situación de dependencia, conforme a lo dispuesto en la normativa reguladora de la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, y dentro de los términos establecidos en la ley y en el contrato, al cumplimiento de la prestación convenida con la finalidad de atender, total o parcialmente, directa o indirectamente, las consecuencias perjudiciales para el asegurado que se deriven de dicha situación.

La Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas estableció determinados beneficios fiscales relacionados con la dependencia. En particular, reconoció el mismo beneficio de diferimiento fiscal que resulta aplicable a otros sistemas de previsión social. En el caso de que el contribuyente quedara dependiente, las prestaciones que recibiría de su seguro privado de dependencia tendrían la consideración de rendimientos del trabajo, tributando al marginal que corresponda (actualmente del 20 al 47 %). La reciente Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, define el seguro de dependencia y la propia situación que da lugar a las prestaciones de ese seguro, así como las variantes por las que puede satisfacerse la prestación asegurada. Esta actualización normativa parece pretender llamar la atención sobre esta interesante figura legal, que no obtiene, no obstante, la penetración social que sería razonable en nuestra sociedad.

Los seguros privados de dependencia que se comercializan actualmente en España (seguros de dependencia de riesgo) presentan unas características comunes muy similares:

- Para que los contratantes de estos seguros puedan disponer de beneficios fiscales, todos los productos ofrecen como garantía principal la cobertura de la gran dependencia y la dependencia severa.
- En alguno de los productos se incluye una garantía complementaria que, en caso de fallecimiento del asegurado antes de los 75 años sin haber devenido dependiente, permite recuperar la totalidad de las primas pagadas hasta el día del fallecimiento.

- Un capital adicional para primeros gastos es otra garantía complementaria incluida en algunos productos.
- Otra serie de garantías complementarias, incluidas en la mayoría de los productos, son los servicios de teleasistencia, de ayuda a domicilio y de orientación y asesoramiento telefónico. Algunas son comunes y otras difieren de un producto a otro.
- La práctica totalidad de los productos son seguros de vida entera (cubren los riesgos de gran dependencia y de dependencia severa a través de una cobertura vitalicia). En algunos casos, también es posible contratar un seguro temporal a 10 o 20 años, con posibilidad de renovación.
- La prestación a recibir en caso de gran dependencia consiste, en la totalidad de los productos, en una renta vitalicia mensual. Dicha renta vitalicia mensual puede ser distinta en función de la modalidad contratada por el cliente. Lo más habitual es que los contratos prevean varias modalidades, en las que se ofrece la posibilidad de percibir una renta vitalicia. En el supuesto de dependencia severa, la totalidad de los contratos prevén que se pagará el 50 % del importe de la renta a percibir por gran dependencia.
- La edad de contratación, en la mayoría de los productos se extiende desde los 18 años hasta los 65/70 años, aunque en algunos productos se permite la contratación hasta los 75 años.
- El período de pago de las primas suele ser vitalicio, aunque algún producto permite la posibilidad de que las primas se paguen únicamente hasta una determinada edad (por ejemplo, 75 años).
- La mayoría de los productos prevén plazos de carencia (período durante el cual no se genera derecho a prestación aun cuando ocurra el evento asegurado). Por ejemplo, 1 año en caso de dependencia funcional no accidental y 3 años en caso de dependencia psíquica no accidental, y sin período de carencia para accidentes, si bien algún producto no prevé períodos de carencia.

La modalidad de seguros de dependencia de ahorro, en la medida en que la dependencia es una contingencia específica, especial y complementaria, debe merecer un tratamiento fiscal independiente del resto de dichas contingencias. Se debería establecer un límite máximo de reducción a la base imponible para las primas satisfechas a Seguros Individuales de Dependencia (5.000 euros anuales) independiente del límite conjunto aplicable al resto de

los sistemas de previsión social. En los seguros de dependencia de riesgo, la entidad aseguradora garantiza la percepción de una renta vitalicia en caso de que el asegurado devenga dependiente, a cambio del pago de una prima anual, nivelada o única, sin que en este caso sea necesario un proceso de acumulación de ahorro. Debería establecerse, en estos seguros, la exención de las prestaciones derivadas de los seguros privados de dependencia (del mismo modo que las prestaciones públicas de dependencia están exentas), siempre que tales prestaciones se perciban en forma de rentas vitalicias aseguradas, y hasta el límite del copago de acuerdo con lo que establezca la Ley 39/2006, de 14 de diciembre.

La definición regulatoria de los seguros de dependencia contenida en el apartado 2 de la Disposición Adicional Segunda de la Ley 41/2007 supone, en la práctica, que sólo pueden contratar ese tipo de seguros las personas que todavía no son dependientes. El ámbito fiscal de cobertura de los seguros privados de dependencia parece que no debería limitarse a las personas que todavía no están afectadas por dicha situación, sino que también podría alcanzar a todas aquellas personas que en la actualidad ya son dependientes o que vayan a devenir dependientes a corto plazo. Es evidente, por otra parte, que la suscripción de aseguramiento de dependencia por las compañías hacia una persona dependiente deberá tener unas condiciones distintas de las que pueda tener el aseguramiento de una persona aún no dependiente.

Consideraciones previas a las propuestas generales

1. El sector público y su difícil situación

A. Asistimos, en el escenario sanitario público, al hecho del incremento continuo y sostenido de la utilización del servicio sanitario propiciado por el envejecimiento poblacional y la cronicidad de las enfermedades, resultando necesaria una mayor inversión de los recursos públicos. Ante estas necesidades crecientes de inversión del sector sanitario público la innovación tecnológica y farmacológica, las políticas de envejecimiento activo, la orientación del modelo hacia la cronicidad y la exploración de fórmulas colaborativas entre el sector público y el privado son las vías de garantía de su sostenibilidad, para mantener y mejorar la calidad asistencial. Es necesario, por tanto, la adopción de medidas estructurales en

los terrenos político (prioridades), financiero (en sintonía con Europa), organizativo y normativo.

- B. La disparidad de las políticas autonómicas en materia de sanidad hacen obligada la labor de garante de la cohesión por parte del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad asegurando la equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias de los ciudadanos con independencia de su lugar de residencia.

2. La sanidad privada. Valor actual

- A. Los sectores privados que desarrollan su actividad en la sanidad son socios y aliados estratégicos perfectamente coordinados con las estructuras y servicios públicos constituyendo ambos el sistema sanitario español.
- B. Los seguros privados de salud, en su modalidad de asistencia sanitaria (ramo de crecimiento mayoritario del sector) conocen un incremento continuado e imparable, alcanzando en la actualidad un volumen de contratación superior a los 7.000 millones de euros en primas. En España, los seguros privados se contratan con una función normalmente duplicativa con la asistencia pública, si bien en algunos casos cumplen función sustitutoria, como es el caso de las mutualidades de MUFACE, ISFAS o MUGEJU, o complementaria en el concreto caso de las pólizas dentales, por ejemplo. A través del sistema sustitutivo se presta asistencia sanitaria en torno a dos millones de españoles entre titulares y beneficiarios del sistema mutualista. La mayor parte de esta población (un 85 %) elige la cobertura sanitaria por parte de entidades de seguro privado, frente al 15 % restante, que optan por ser atendidos por el sistema sanitario público.
- C. En número de centros de hospitalización, que no en número de camas, el sector privado supera al sector público, manteniendo abiertos, además, miles de establecimientos en cuya asistencia no se contempla el ingreso del paciente.
- D. Los niveles actuales de accesibilidad a la Sanidad Privada son muy elevados y su capacidad de resolución destacable. Los tiempos de espera disminuyen progresivamente y se constata la seguridad y calidad en la atención de los pacientes.
- E. En España, la cuota de participación de la inversión privada de la asistencia sanitaria es de las más elevadas de Europa, concretamente representa hoy el 28,3 % del total, en un crecimiento sostenido durante los últimos

años, desde el 2,1 % del año 2000, y que se mantuvo durante los años de crisis económica, en coexistencia con una fuerte desinversión pública en el sector.

- F. La inversión en los conciertos de la sanidad pública con la privada supone el 12 % del presupuesto sanitario del sector público, en una cifra nada despreciable del 0,75 % del PIB. De este modo, sumando la inversión total de sostenimiento del sector privado, la inversión en la concertación, tenemos un 3,4 % del PIB nacional, cifra como para tener en debida consideración.
- G. Un Sistema Nacional de Salud que ha sido con anterioridad, casi, exclusivo responsable de la protección de la salud de todos los españoles, en un escenario únicamente público, hace tiempo que, de haber seguido esa exclusiva trayectoria, se hubiera visto incapaz de afrontar las exigencias tanto económicas para su subsistencia como sanitarias para atender a la demanda de la población.
- H. La acción positiva del sistema de provisión privada de salud se produce no sólo en sus asegurados, sino en el conjunto del Sistema Sanitario, generando efectos beneficiosos en el sector público a través, fundamentalmente del efecto de descarga y ahorro que le supone.

3. Proveedores sanitarios y prestadores de servicios

- A. Profesionales sanitarios, centros y establecimientos sanitarios, proveedores y prestadores de servicios sanitarios, todos ellos son el Sistema Nacional de Salud. La contribución a la mejora de la salud y calidad de vida de la población, ya erradicando enfermedades hasta hace poco mortales o facilitando su autonomía personal, son posibles gracias a los medicamentos y a los productos sanitarios.
- B. El sector empresarial farmacéutico y el sector de tecnología sanitaria, dedican importantes recursos económicos a la investigación de nuevas soluciones para las enfermedades así como para la formación de los profesionales sanitarios, generando empleos altamente cualificados.
- C. Los poderes públicos deben valorar el papel e impacto que tienen los medicamentos y los productos sanitarios en la calidad del Sistema Nacional de Salud, con una visión estratégica de los retornos que tienen en el medio largo plazo las inversiones en estos productos y en la mejora de la salud.

4. Mayor edad y cronicidad. Realidad en España.

- A. En la evolución del modelo de atención a las personas, se han ido configurando como población diana de la atención pública los siguientes colectivos: Enfermos crónicos – Personas afectadas por gran discapacidad - Enfermos geriátricos - Enfermos terminales - Dependientes funcionales. En España hay en torno a 3.700.000 personas discapacitadas, en su mayoría mujeres, de los cuales son dependientes casi la tercera parte, y lo más preocupante es que este número se incrementa en un 2 % cada año.
- B. El progresivo envejecimiento poblacional arrastra, ineludiblemente, un incremento en el número de enfermos crónicos y, por ende, del gasto total. Factores conexos como el envejecimiento y una situación de discapacidad previa, aumentan el riesgo de encontrarse las personas en situación de dependencia.
- C. Hay un hecho contrastado y es que la mayor parte del consumo de los recursos sanitarios de una población lo hacen los enfermos crónicos y que este mayor consumo se incrementa en los últimos años de la vida de una persona, al asociarse mayor edad con patologías crónicas propias de esta circunstancia biológica.
- D. Conviene recordar que el sistema sanitario español está orientado a la atención de enfermos agudos y que la evolución demográfica y de morbilidad poblacional suponen un giro de atención a la cronicidad. A medida que la orientación de la sanidad mire hacia lo crónico, se estará acercando progresivamente al terreno social. Culminará su evolución en la atención sociosanitaria.
- E. Las políticas de envejecimiento activo son necesarias para la mejora de la calidad de vida de la población. En este sentido, el sector balneario realiza un papel fundamental con la mejora y/o prevención de determinadas dolencias.

5. La atención sociosanitaria

- A. Su objetivo es poner en marcha dispositivos y atenciones que permitan a personas en situación de especial vulnerabilidad, por la edad solamente, o por la edad y un estado precario de salud, conjuntamente, el ejercicio de sus derechos como ciudadanos y el acceso a prestaciones y bienes sanitarios y sociales que les correspondan.

- B. La atención sociosanitaria incide sobre personas en situación de dependencia como la tercera edad, enfermos crónicos o personas discapacitadas. Los objetivos que persigue son paliar sus padecimientos, fomentar su autonomía y potenciar su adaptación social. Esta atención ha estado tradicionalmente fuera de la Seguridad Social, quedando reservada a las familias y sólo en modelos sociales avanzados tiene cobertura pública y privada en forma coordinada.
- C. Los diferentes modelos de cuidados se diferencian, hoy, en razón a los distintos recursos que comprometen y las prestaciones que dispensan: Centros residenciales, Hospitales de media estancia, Hospitales de día, Sistemas de teleasistencia o Medios de ayuda a domicilio. Nos encontramos en momentos de tránsito del modelo de atención actual, basado en recursos, al modelo avanzado de atención según necesidades de los ciudadanos.
- D. El modelo de atención combinada sociosanitaria supone un formato evolucionado sobre la tradicional atención sanitaria y la social en terrenos separados. Aporta los siguientes beneficios: mejora la atención por la alta calidad de respuesta; racionaliza el uso de los recursos (libera recursos hospitalarios); supone una significativa reducción de las recaídas y de los reingresos; y mejora la calidad de vida de los enfermos crónicos y dependientes.
- E. Un paso previo a la dispensación de la atención es, evidentemente, definir el nivel de aquella que corresponde a cada persona, a través de equipos de evaluación y soporte que dispongan de herramientas de valoración adecuadas para determinar a quién se ha de prestar la atención, con qué medios, cuándo y dónde.
- F. La necesidad de adoptar medidas para fomentar la coordinación entre la atención sanitaria y los servicios sociales lleva encima de la mesa de las administraciones españolas desde hace más de veinte años. El hecho es que la integración de los modelos sanitario y social, efectuada en algunos espacios territoriales, se ha implantado más en el aspecto organizativo institucional que en el de las realidades prácticas.
- G. Una vía de futuro para la tranquilidad de determinadas personas podría ser la de constituir figuras jurídicas aseguradoras de la dependencia, con sustantividad propia y diferenciadas de los seguros de salud o de los planes de pensiones. En España, este tipo de seguro no encuentra

arraigo en las preferencias de la sociedad, pero es que la regulación de estas figuras tampoco cuenta con acierto en las disposiciones legales.

Propuestas generales

Se exponen aquellas de carácter general, que afectan de manera transversal, a todos los sectores, o a varios de ellos. Su consideración se hace desde la doble óptica de lo sanitario y lo sociosanitario. Las propuestas sectoriales específicas se contienen en detalle en el Apartado 5 (Adenda) del Cuerpo general del presente *Libro*.

SANIDAD

- Despolitización de la sanidad, para evitar la toma de decisiones por motivos políticos o electorales, sin tener en cuenta las necesidades reales.
- Las organizaciones empresariales apoyamos un sistema sanitario público, universal y equitativo, de financiación pública y cuya planificación, control y evaluación sean competencia de las administraciones públicas. El Sistema Nacional de Salud (SNS) es un sistema eficaz en la gestión asistencial y muy valorado tanto interna como internacionalmente, con un alto grado de profesionalidad y alta tecnología innovadora.
- Promover la cohesión y la equidad del Sistema a través de medidas sanitarias y de política farmacéutica adoptadas por las Comunidades Autónomas que sean conformes a la normativa estatal y comunitaria vigente, y no impliquen desigualdades interterritoriales ni amenazas a la unidad de mercado y a la suficiencia y sostenibilidad del SNS. Mayor seguridad jurídica para operadores/proveedores. Mayor coordinación del MSSSI y del Consejo Interterritorial. Desarrollo de las Estrategias de Salud.
- Necesidad de revisión de los Presupuestos y de la inversión sanitaria, evitando la morosidad e impagos de las administraciones con las empresas proveedoras y prestadoras de servicios dentro del SNS.
- Apuesta decidida por las fórmulas de Colaboración Público-Privada. Los modelos de CPP representan oportunidades de sinergias y eficiencias que deben ser aprovechados con una adecuada coordinación y control públicos.

- Puesta en valor del medicamento, de la tecnología sanitaria y de la prestación farmacéutica. Mantenimiento del actual modelo de la oficina de farmacia (como modelo contrastado de eficiencia y eficacia), ahondando y desarrollando sus funciones y atribuciones como establecimiento sanitario y agente de salud, que además de la dispensación informada de medicamentos y productos sanitarios, en condiciones de profesionalidad, seguridad y calidad, está llamada a asumir, más intensamente, funciones y atribuciones, en otros ámbitos: en materia de Salud Pública (prevención de enfermedades, cribajes, campañas informativas, vacunación, etc.); en materia de atención farmacéutica (seguimiento tanto de los pacientes y como de su medicación, de los propios medicamentos y su uso -duplicidades, interacciones, efectos adversos, contraindicaciones-, control de botiquines, SPD, polimedicados, etc.); así como en el entorno sociosanitario (atención farmacéutica domiciliaria, teleasistencia, integración funcional de la oficina de farmacia en atención primaria, detección nuevas circunstancias en la autonomía personal de los pacientes, de enfermedades ocultas, etc.), como expresamente se reconoce, entre otros, en el Informe del Consejo Asesor de Sanidad Sobre Coordinación y Atención Sociosanitaria -2013-.
- Aprovechar las oportunidades que ofrece la tecnología sanitaria como facilitadora de la transformación del Sistema Sanitario. Ésta debe ir más allá de la finalización de los procesos de Historia Clínica Digital y de receta electrónica. Resulta clave para dar continuidad a los procesos asistenciales, integrar el sector sanitario y social así como el público y privado en todas las CC. AA.
- Finalización del proceso de transformación digital del sistema sanitario tanto a nivel nacional como europeo, con la necesaria interoperabilidad entre las CC. AA, destacando la implantación de la e-salud.
- Garantizar el acceso de los pacientes a las mejores y más eficaces tecnologías sanitarias disponibles en el tiempo más corto posible y en condiciones de igualdad en todo el territorio, siempre que redunden en un aumento de la eficiencia y de la calidad del Sistema Nacional de Salud y en una mejora en la atención de los pacientes.
- Cartera básica de servicios definida por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Objetivos:

- Aumentar la cohesión del Sistema Nacional de Salud.
 - Mejorar la equidad en el acceso a las prestaciones de la cartera de servicios comunes y garantizar la igualdad de derechos sanitarios en todas la Comunidades Autónomas.
 - Promover la integración asistencial entre primaria y especializada.
 - Conseguir la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.
 - Converger con Europa en la regulación de los derechos de asistencia sanitaria.
 - Promover el desarrollo de los profesionales.
- Avanzar en la superación de las incompatibilidades del profesional sanitario.
 - Modelos de contratación centrados en la valoración de la calidad asistencial con una visión desde el punto de vista de la inversión de medio y largo plazo para favorecer la máxima eficiencia del sistema sanitario. Se deben explorar fórmulas y procesos de contratación que potencien la incorporación de la innovación, la Compra Pública Innovadora o la Asociación para la innovación).
 - Apoyo y desarrollo del turismo de salud.
 - Apoyo a la internacionalización del sector salud.
 - Es necesario desarrollar políticas de envejecimiento activo con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la población. El sector balneario realiza un papel fundamental en este sentido, demostrado por la mejora y/o prevención de determinadas dolencias.

ASUNTOS SOCIALES/DEPENDENCIA

- Sistema de dependencia: diálogo social.
 - Necesaria revisión de la financiación de la dependencia: financiación insuficiente y falta de información real de gasto.
 - Cohesión y equidad: unificación de indicadores y ratios entre CC. AA., así como criterios de inspección.
 - Necesidad de requisitos comunes de acreditación de centros en cumplimiento de la Ley de Garantía de la Unidad de Mercado.
 - Profesionalización de la ayuda a domicilio.
 - Revisión y finalización de los sistemas de valoración y baremo.

- Revisión y actualización de la cartera de servicios: financiación real del coste de los servicios.
- Fiscalidad: equiparación del tipo de IVA aplicable a los servicios, sin diferenciación del titular del mismo.
- Mejora y mayor estabilidad de los procedimientos de contratación pública.
- Incentivo del seguro privado.

Introducción

El valor del elemento salud

La salud de una población es un elemento fundamental a considerar, ya que es la base del bienestar de los ciudadanos, así como del progreso científico y técnico, del crecimiento económico y de la mejora de la productividad del país. Los servicios de atención a la salud son, además, el sostén de un vigoroso, competitivo e innovador sector industrial y de servicios avanzados.

El sector salud es de los más dinámicos y productivos del país y es un sector estratégico de la economía española y de alto valor añadido que concentra conocimiento y genera igualdad en nuestro país. El conjunto del sector sociosanitario emplea en España a 1,3 millones de personas (más del 6 % del empleo total) siendo, de hecho, uno de los más importantes generadores de empleo en muchos ámbitos territoriales.

La planificación, control y evaluación del Sistema Nacional de Salud son actividades competencia de las Administraciones Públicas, conforme se dispone en la Constitución y en los Estatutos de autonomía de las Comunidades Autónomas. La Sanidad Pública contribuye de manera determinante a la economía nacional en términos de empleo y de I+D+i, tanto por la incorporación de innovaciones científicas, para ofrecer un amplio catálogo de prestaciones, como por su impulso en los sectores productivos de los medicamentos y de las tecnologías sanitarias.

Como consecuencia de los ajustes económicos adoptados, se está constatando un retroceso en la incorporación de la innovación al sistema sanitario público, particularmente en los sectores farmacéutico y tecnológico, lo que está repercutiendo negativamente sobre la calidad de la atención que reciben los pacientes y sobre la situación de las compañías que ponen a disposición de los profesionales y pacientes la tecnología y los servicios sanitarios. Por otra parte, las diferencias entre Comunidades Autónomas, en cuanto a la incorporación de la innovación, están dando lugar a una ruptura de la equidad en el acceso a las prestaciones. Es imprescindible, en razón a lo expuesto, que el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ejerza las competencias

que le otorga la Constitución y el ordenamiento jurídico, a fin de asegurar la coordinación del Sistema Nacional de Salud, la cooperación interregional, la cohesión y la equidad en el acceso a las prestaciones, así como garantizar resultados de salud. Desde el punto de vista empresarial, esta situación da lugar a una ruptura del mercado y a una inseguridad jurídica por la vulneración regional del marco normativo.

La situación financiera del sistema público de salud

Conviene dejar apuntadas algunas grandes cifras del Sistema Nacional de Salud. El presupuesto público de atención a la Sanidad, en 2015, es de algo más de 53.000 millones de euros, con una repercusión por ciudadano de unos 1.200 euros¹⁴. En 2013, la cifra se situaba en 61.710 millones. Su peso en el PIB es, en 2015, del 5,3 %¹⁵, mientras que en 2013 era del 5,9 %, lo que representaba 1.309 euros por habitante. El descenso de la inversión para la financiación pública de la sanidad es continuado y muy importante. En 2009, suponía 70.579 millones de euros y el 6,5 % del PIB¹⁶. Tal y como se ha señalada anteriormente, el gasto sanitario por habitante se sitúa en 1.200 euros, sin embargo se detectan numerosas diferencias entre las distintas Comunidades Autónomas (Andalucía, 1.044, y País Vasco, 1.549)¹⁷.

En el entorno internacional se apuesta por una orientación financiera de los servicios de salud caracterizada por¹⁸:

- a) Colaboración de todos los sujetos intervinientes: financiadores, prestadores de los servicios y receptores de las prestaciones.
- b) Orientación de las políticas de acción hacia los pacientes, por parte de proveedores de servicios, aseguradoras y empresas farmacéuticas y biomédicas.
- c) Consideración del valor y posición de las empresas de tecnología sanitaria como agentes relevantes en este proceso.
- d) Evaluación y difusión tecnológica, ante la incuestionable repercusión de este factor.

14 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

15 Programa estatal Gobierno de España 2015-2018.

16 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística del Gasto Sanitario.

17 Estadística de Gasto Sanitario Público 2013. MSSSI.

18 *HealthCast 2020: creando un futuro sostenible*. Health Research Institute de PricewaterhouseCoopers.

- e) Transparencia. Se muestra imprescindible el uso de indicadores de información dirigidos a la calidad y a la seguridad.
- f) Gestión de la cartera de servicios. Enfoques racionales en la administración de los recursos, aportando calidad y eficiencia.
- g) Gestión de los recursos humanos. Obtener un mejor aprovechamiento de este capital, de primera importancia en cualquier organización.

El Sistema Nacional de Salud es altamente eficiente, pues países de nuestro entorno que cuentan con un PIB dedicado a la Sanidad varias veces superior tienen altas tasas de ciudadanos sin asistencia. La cuota de participación del sector privado en la financiación de la asistencia sanitaria en España es de las más elevadas de Europa, concretamente representa hoy el 28,3 % del total, en un crecimiento sostenido durante los últimos años. La importancia de los recursos humanos que prestan sus servicios en el Sistema Sanitario Público es incuestionable, al referirnos a casi medio millón de personas, concretamente a 477.000¹⁹, en 2014, de los cuales tienen la condición de personal sanitario 345.000 trabajadores (el 40 % de ellos asignados a la Enfermería) y de no sanitarios otros 132.000, debiendo tener en cuenta la continua fluctuación de estas cifras a la baja en los últimos años, ya que en 2012 este colectivo estaba integrado por 505.000 trabajadores.

Se da la preocupante paradoja de que, ante unas necesidades crecientes, se cuenta con una financiación en reducción progresiva. El presupuesto público de atención a la Sanidad se situaba en 2013 en 61.710 millones de euros, mientras que para 2015 no alcanza los 53.000 millones de euros. Esta insuficiencia económica de lo público produce efectos no sólo hacia los usuarios y pacientes, sino también hacia los fabricantes, proveedores y distribuidores de bienes y prestadores de servicios dirigidos al sector público, poniendo en peligro tanto la calidad asistencial pública como la sostenibilidad de las compañías y sus inversiones en el desarrollo de nuevos productos que mejoren la salud y calidad de vida de los pacientes. Esta disminución de recursos económicos públicos pone en riesgo la viabilidad del sector empresarial sociosanitario, que genera un nivel importante de empleo y de riqueza. Para hacer frente a esta situación, es preciso reconocer que el Gobierno

19 Registro central de personal del Ministerio de Administraciones Públicas

ha puesto en marcha medidas excepcionales en el terreno financiero (Plan de pago a proveedores y Fondo de liquidez autonómico) encaminadas, en parte, a la mejora de la grave situación de morosidad que sufría el sector, que han permitido mitigar tan grave problema. Se requieren, no obstante, medidas estructurales de hondo calado en los terrenos político (prioridades), económico, organizativo y normativo. Se reclama insistentemente por parte de todos los sectores y agentes un PACTO POR LA SANIDAD que, alejado de planteamientos partidistas y electorales, contribuya de forma eficaz y duradera a la sostenibilidad y eficiencia del Sistema Nacional de Salud, y que habrá de producir las imprescindibles reformas consensuadas que, en el seno de la seguridad jurídica ineludible, se dirijan a la viabilidad económica, generando actividad económica, riqueza y empleo. A todo ello no puede ser ajeno, evidentemente, el sector sanitario privado, cuyo relevante e imprescindible papel mostraremos en este *Libro Blanco*.

Riesgos actuales del Sistema Nacional de Salud

La disparidad de las políticas autonómicas en materia de sanidad requiere de un mayor protagonismo del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad sobre el Sistema Nacional de Salud, ya que pueden suponer un serio peligro para el cumplimiento de metas comunes.

Las políticas economicistas en el ámbito de la sanidad, la necesidad de una sanidad pública universal y de calidad, unido a la presión presupuestaria de las Administraciones Públicas españolas, representan riesgos para el Sistema Nacional de Salud (SNS) y para el sector empresarial sanitario y sociosanitario.

El Sistema Nacional de Salud se enfrenta, a su vez, a importantes retos:

- Una imprescindible reorientación hacia el paciente y la cronicidad.
- La falta de cohesión.
- La ruptura de la equidad.
- La necesidad de una mayor gobernanza.
- Acabar con las bolsas de ineficiencia.
- La incorporación racional de nuevas tecnologías.
- La potenciación de la investigación biomédica.
- La ordenación de sus recursos humanos.

Existe evidencia de una mayor necesidad de recursos económicos para hacer frente a una asistencia sanitaria pública de calidad en España, y esta situación está estrangulando a los proveedores poniendo en peligro la calidad de nuestro SNS. La dimensión de las necesidades es tal que resulta imposible sanearlas únicamente a través de mejoras de la eficiencia a corto plazo, resultando prioritarias, como se ha señalado con anterioridad, medidas económicas estructurales que proporcionen solvencia y calidad del sistema sanitario actual.

Existe la necesidad de llevar a cabo políticas sanitarias públicas a largo plazo que garanticen la calidad futura del Sistema sanitario. Estos elementos son la base necesaria, el sustrato imprescindible para la consecución de los objetivos mencionados. En el sistema sanitario público siguen existiendo bolsas de ineficiencia que hay que abordar, conociendo con precisión: a) cuáles son, b) a qué partidas afectan, c) cuál es su magnitud, d) a qué se deben y e) cómo se pueden subsanar. El incremento general del gasto, por factores de diversa naturaleza (socio demográficos, técnico científicos y de gestión) ha propiciado un escenario global de control de la inversión pública sanitaria²⁰ en el que convergen distintos factores, tal y como se señala en el cuadro siguiente.

Factores que ocasionan un aumento del gasto sanitario				Factores que reducen el gasto sanitario
F. Demográficos	F. Sociales	F. Tecnológicos	F. Organizativos	F. Económicos
<ul style="list-style-type: none"> El envejecimiento progresivo de la población se constituye como el factor clave para el incremento del gasto sanitario al provocar un mayor consumo de los recursos sanitarios. El número de las personas mayores de 65 años en el mundo en los últimos 10 años se ha incrementado un 23 %, y se estima que se triplicará para el año 2050. 	<ul style="list-style-type: none"> Los hábitos y estilos de vida poco saludables (sedentarismo, obesidad, tabaquismo...) impulsan los factores de riesgo que aumentan la prevalencia de las enfermedades crónicas, intensivas en el uso de recursos sanitarios. La población actual cuenta con mayor información y exige una cobertura más amplia de servicios y que estos sean de más calidad. 	<ul style="list-style-type: none"> Se han producido en los últimos años unos avances exponenciales a nivel tecnológico y científico que se han incorporado rápidamente al diagnóstico y al tratamiento de los pacientes, que han logrado unas mayores tasas de supervivencia, en muchos casos cronificando la enfermedad, lo que ha incrementado el coste de la prestación de servicio. 	<ul style="list-style-type: none"> La falta de integración total entre niveles asistenciales ha implicado mayores necesidades de administración y de coordinación de los sistemas de salud, y junto a la duplicidad de visitas médicas y pruebas diagnósticas, ha dado lugar a un crecimiento del gasto en salud. 	<ul style="list-style-type: none"> La situación de crisis económica mundial experimentada en los últimos años ha llevado a los equipos de gobierno a diseñar políticas de reducción del gasto público, afectando también a las partidas presupuestarias relacionadas con la Sanidad.

Fuente: KPMG. Análisis comparado de servicios hospitalarios según modelos de gestión

20 Análisis comparado de la estructura de costes y disponibilidad de los servicios no asistenciales a nivel hospitalario según modelos de gestión. Comparativa de modelos. KPMG, junio 2015.

La presencia del sector privado. Significado y relevancia

El Sistema Nacional de Salud, desde el planteamiento constitucional y su desarrollo en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en el terreno de la legislación ordinaria, se integra por el conjunto de las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud. No se trata, sin embargo, del único agente de protección de la salud en el escenario sanitario en el que se ubican, con importancia creciente, los agentes privados, no sólo como proveedores y prestadores de bienes y servicios, sino como colaboradores necesarios del sistema público en el horizonte de garantizar la calidad y la eficiencia, resultando, por tanto, un agente clave en el escenario sanitario.

Junto a los dispositivos públicos, debemos considerar a la Sanidad Privada que, además de su propia razón de ser como sector empresarial prestador de una actividad asistencial, desempeña una función de colaboración complementaria y de aliado estratégico ineludible. La colaboración público-privada aporta importantes beneficios a nuestro sistema sanitario, ya que contribuye a descongestionar el sistema público y supone un importante ahorro para las arcas del Estado. El impacto de la sanidad privada ha presentado una tendencia creciente en la última década, pasando del 2,05 % del PIB en el año 2000 al 2,63 %, en 2012. En términos absolutos, este crecimiento presenta niveles históricamente altos en el período de crisis económica (2008-2012), hecho que resulta de la desinversión pública.

La financiación del sector privado viene dada por las aportaciones directas de los ciudadanos (incluidos los seguros privados) y por los recursos públicos destinados a la provisión privada a través de conciertos (en concreto, el 12 % de la inversión sanitaria pública). Sumando la inversión de los conciertos con la inversión privada se obtiene la inversión total del sector sanitario privado, la cual ascendió en 2012 a 34.700 millones de euros, que supone un 3,38 % del PIB nacional²¹. En crecimiento constante, esta última cifra se acerca cada vez más al porcentaje del PIB nacional del Sector Público.

El sector sanitario privado no sólo coexiste con el sector público sino que, además, colabora con él, le complementa y ayuda a atender la demanda asistencial. Conviene recordar que, en España, en el año 2015, desde el punto de vista del aseguramiento, mantuvieron un seguro de salud privado más de 7 millones de ciudadanos²², aparte de los casi 1,3 millones de afiliados a

21 Informe IDIS. Análisis de situación 2015.

22 Seguro complementario al aseguramiento público

mutuas de funcionarios que eligen la atención de su salud por aseguradoras privadas. El 62 % de los hospitales privados son hospitales generales, médico-quirúrgicos y materno-infantiles. Dentro del porcentaje restante encontramos hospitales geriátricos, de larga estancia, psiquiátricos, etc. Además, en España existen miles de centros sanitarios sin internamiento policlínicos o especializados en oftalmología, reproducción asistida, oncología médica, diagnóstico por imagen, rehabilitación, etc. y una amplia red de empresas relacionadas con la sanidad privada como las de transporte sanitario o los laboratorios clínicos.

Los hospitales privados realizaron 1,3 millones de intervenciones quirúrgicas en 2012, un 28,4 % del total y otorgaron el 22,8 % de las altas hospitalarias. Además, en los últimos años se ha incrementado notablemente el volumen de consultas y visitas a urgencias en los centros privados.

Existen diferentes modelos de Colaboración Público-Privada:

- Conciertos para pruebas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos específicos, bien de flujo continuo (cupos, contingentes anuales, etc.) o de disposiciones arbitrarias según necesidades del SNS (listas de espera).
- Conciertos para determinadas prestaciones sanitarias como diálisis o terapias respiratorias domiciliarias.
- Concertación de la asistencia sanitaria pública en una determinada zona con un centro privado. Bien en régimen de Concesión administrativa o Concerto tradicional, con o sin inversión de construcción, etc.
- Concertación para utilización por parte de Médicos del SNS de quirófanos de Hospitales Privados.
- Conciertos sociosanitarios de atención a la cronicidad y dependencia.
- Conciertos para la prestación farmacéutica entre la oficina de farmacia y los servicios de sanidad de las CC. AA.

Los conciertos entre la sanidad pública y privada representan el 12 % de la inversión pública, que a su vez supone un 0,75 % del PIB. En esta cantidad se incluye el mutualismo administrativo, las concesiones administrativas que incluyen la gestión de servicios sanitarios y el restante resto de conciertos.

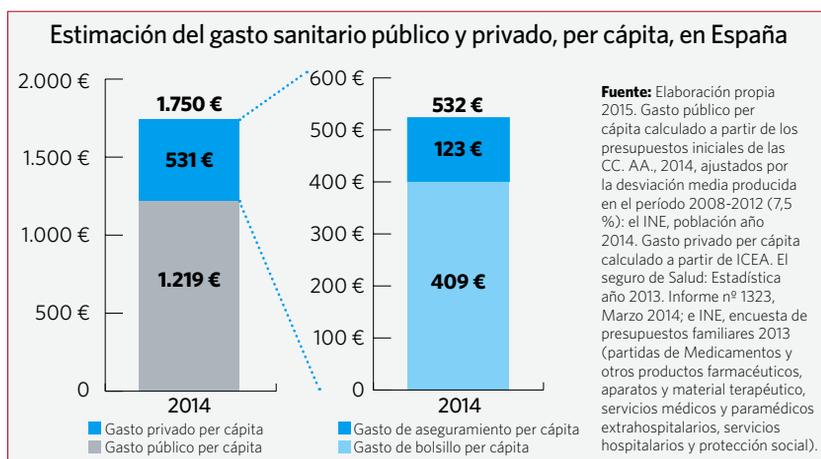
Mención aparte merece el modelo de Mutualidad de funcionarios para la atención sanitaria de los funcionarios. Se trata de un sistema sobradamente acreditado durante más de 35 años y que debería potenciarse y extenderse a

otros colectivos, pues es el único modelo que reconoce al usuario el efectivo derecho de elegir entre la provisión sanitaria pública y la privada.

Otras ventajas de este modelo son que permite el equilibrio económico, liberando recursos de la sanidad pública y, por tanto, supone un importante ahorro para el Estado. Pensemos que si no existiera el modelo MUFACE, el sistema público se vería colapsado por los casi 1,3 millones de funcionarios que actualmente han elegido ser atendidos en la sanidad privada.

Este sector es responsable, en 2015, del 3,4 % del PIB español y del empleo de 236.567 profesionales. Un ejemplo: **la tecnología sanitaria, antes patrimonio casi exclusivo del sector público, vive hoy una realidad muy diferente. Los dispositivos médicos pertenecientes al sector privado en España tienen, en 2015, un 57 % de los equipos de resonancia magnética, el 49 % de los PET y el 36 % de los TAC²³.**

En estas condiciones no es posible ignorar que la presencia y actividad del sector sanitario privado aporta un demostrable efecto reductor en las necesidades del sector público. Un Sistema Nacional de Salud que fuera con anterioridad casi exclusivo responsable de la protección de la salud de todos los españoles, en un escenario únicamente público, hace tiempo que se hubiera visto incapaz de afrontar las exigencias económicas de su subsistencia, obligando a los presupuestos públicos a la adopción de medidas de emergencia económica difíciles de imaginar, y desde luego, no deseables.



Fuente: IDIS. Informe de situación de la Sanidad Privada 2015

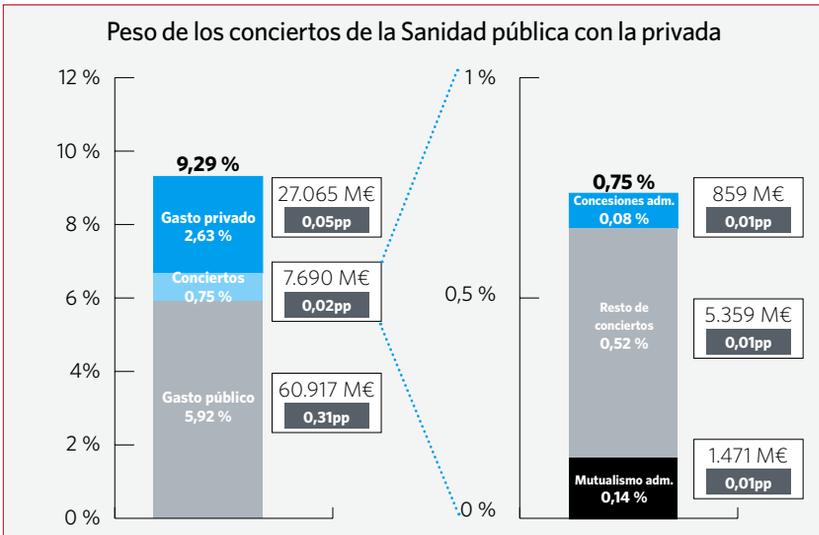
23 Sanidad Privada. Aportando valor. Informe IDIS. Análisis de situación 2015. Seguro complementario al aseguramiento público

Ponderación económica del Sector Sanitario Privado

La inversión sanitaria en España ha representado en 2015 el 9,29 % del PIB²⁴, cifra que podemos ver en positivo si la comparamos con la media de la OCDE (9,27 %), pero que no nos produce esa sensación positiva si la ponemos en relación a la de otros países de nuestro entorno, como Alemania (11,27 %) o Francia (11,61 %).

La cuota de participación de la inversión privada de la asistencia sanitaria en España, es de las más elevadas de Europa, concretamente representa hoy el 28,3 % del total, en un crecimiento sostenido durante los últimos años, desde el 2,1 % del año 2000, y que se mantuvo durante los años de crisis económica, en coexistencia con una fuerte desinversión pública en el sector, según recoge el Informe IDIS 2015.

No debemos olvidar añadir, a estas cifras, las inversiones de los conciertos de la sanidad pública con la privada (el 12 % del presupuesto del sector sanitario público) y que, en definitiva, cumplen una función financiadora del sector privado, en una cifra nada despreciable del 0,75 % del PIB. De este modo, sumando a la inversión total del sector privado, la inversión de la concertación, tenemos un 3,38 % del PIB nacional, cifra como para tener en debida consideración.



Fuente: IDIS. Informe de situación de la Sanidad Privada 2015

24 IDIS. Informe de situación de la Sanidad Privada 2015

Existen significativas diferencias en la inversión per cápita entre distintas comunidades autónomas, desde las más altas como País Vasco, Asturias y Navarra, hasta las más reducidas, como Andalucía. Conviene destacar que en aquellas comunidades en las que disminuye la inversión pública se produce una mayor penetración del aseguramiento privado.

Efectos positivos que produce el sistema sanitario privado en el sistema público

La acción positiva del sistema de provisión privada de salud se produce no sólo en sus asegurados, sino en el conjunto del Sistema sanitario, generando efectos beneficiosos en el sector público a través de dos tipos de acciones. Los titulares de aseguramiento privado de salud no utilizan, o lo hacen de forma sólo ocasional, el sistema sanitario público, con lo cual se produce un efecto descarga y ahorro en aquel. El efecto no es en modo alguno despreciable cuando hablamos de más de 7 millones de personas aseguradas, aparte de los afiliados a sistemas de mutualismo funcional con cobertura privada. Hay un evidente efecto descongestivo del sistema público a través de la oferta complementaria de la provisión privada que amplía, de ese modo, el conjunto de la oferta prestacional a los ciudadanos y reduce considerablemente listas de espera y facilita una atención de mayor calidad en el sector público.

El efecto ahorro mencionado podemos situarlo, en cifras aproximadas



Fuente: IDIS. Informe de situación de la Sanidad Privada 2015

referidas a 2014, entre los casi 8.900 y los poco más de 4.000 millones de euros, según hagan los asegurados privados un uso exclusivo o complementario de su aseguramiento con los recursos públicos, tal y como se detalla a continuación.

Ahorro persona/año del aseguramiento privado a la SNS

Hipótesis 1: El ciudadano cubierto por un póliza privada utiliza exclusivamente el sistema privado.

Si los beneficiarios de seguro privado no utilizasen el sistema público de salud, se obtendría un ahorro de **8.862 millones de euros**, estimado de la siguiente forma:

$$7.270.186 \text{ beneficiarios} \times 1.219 \text{ €} = 8.862.356.734 \text{ €}$$

Hipótesis 2: El ciudadano cubierto por una póliza privada realiza un uso mixto, es decir, consumo recursos públicos y recursos privados.

En este caso, se asume que el beneficiario de seguro utiliza también los recursos públicos en la proporción igual a la diferencia entre el coste de la prestación pública y el gasto de las aseguradoras con cada asegurado, es decir, 658 €.

$$1.219 \text{ €} - 561 \text{ €} = 658 \text{ €}$$

En este escenario, se estima un ahorro generado por el aseguramiento privado de 4.079 millones de euros, calculado de la siguiente forma:

$$7.270.186 \text{ beneficiarios} \times 561 \text{ €} = 4.078.574.346 \text{ €}$$

Fuente: IDIS, Informe de situación de la Sanidad Privada 2015

Los diferentes mecanismos colaborativos del sector privado de Sanidad, con los dispositivos públicos, contribuyen, como venimos exponiendo, a la descarga del sistema público y a un notorio ahorro en la gestión del mismo, en una época de graves dificultades financieras. Podemos compendiar los efectos positivos que produce el sector privado en la Sanidad pública bajo los siguientes aspectos:

- 1) Representa un elevado peso en el sector productivo español.
- 2) Libera recursos de la sanidad pública.
- 3) Mejora la accesibilidad de la población a la asistencia sanitaria a través de una amplia y variada red de centros.
- 4) Colabora con el sistema público a través de conciertos, mutualismo administrativo y concesiones administrativas, que incluyen la gestión de servicios sanitarios.

- 5) Desarrolla una actividad de alta complejidad a través de avances tecnológicos.
- 6) Persigue la mejora continua de la calidad en la prestación asistencial.
- 7) Genera empleo y contribuye a la formación de los profesionales sanitarios.
- 8) Es un motor en la investigación.

Desde el punto de vista de preguntarse cuáles pueden ser los motivos de plantearse la necesaria colaboración público-privada, la Consultora KPMG lo expone²⁵ de forma visible y clara en la siguiente exposición:

¿Qué ha impulsado el desarrollo de los modelos CPP?

- Exigencia de nuevas instalaciones y equipamientos para hacer frente a la **creciente demanda de atención** sanitaria.
- Interés de los gobiernos de ofertar una **mayor cartera de servicios y una mayor resolución** a su población referenciada.
- Conveniencia de ofrecer una **distribución geográfica más equitativa** de las infraestructuras sanitarias.
- Necesidad de **renovar las infraestructuras sanitarias** debido a su estado de obsolescencia.

<div style="background-color: black; color: white; padding: 5px; writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg); font-weight: bold;">Bases de un modelo de CPP</div> <div style="background-color: blue; color: white; padding: 5px; font-weight: bold; text-align: center;">1 Objeto del contrato</div> <ul style="list-style-type: none">■ El objeto es un bien público donde todo o parte de la prestación la realiza un operador privado. El alcance del acuerdo de colaboración público-privada condiciona la elección del modelo más adecuado, pudiendo abarcar desde la construcción de la infraestructura sanitaria únicamente hasta la atención integral de un área de salud.	<div style="background-color: blue; color: white; padding: 5px; font-weight: bold; text-align: center;">3 Contraprestación y mecanismo de retribución</div> <ul style="list-style-type: none">■ La contraprestación depende del alcance establecido en el acuerdo de colaboración, existiendo la posibilidad de utilizar diferentes mecanismos de retribución como el pago por disponibilidad, el pago per cápita y los modelos combinados de ambos.
<div style="background-color: blue; color: white; padding: 5px; font-weight: bold; text-align: center;">2 Asunción del riesgo</div> <ul style="list-style-type: none">■ El nivel de riesgo que asume cada un de las partes varía entre la asunción íntegra por parte del sector privado a una distribución de riesgos compartida. El operador privado está sujeto al cumplimiento de las cláusulas de calidad y servicio establecidas en el pliego de condiciones, y la Administración tiene la capacidad de control e inspección así como facultad normativa y sancionadora en caso de que no se cumplan los niveles mínimos establecidos.	<div style="background-color: blue; color: white; padding: 5px; font-weight: bold; text-align: center;">2 Plazo</div> <ul style="list-style-type: none">■ El período de duración del contrato es otro factor clave y puede variar según la opción de colaboración. Está regulado por ley en cada país según el modelo escogido y oscila entre los 10 y los 50 años por término medio.

Fuente: KPMG. Análisis comparado de servicios hospitalarios según modelos de gestión

La colaboración público-privada es un fenómeno emergente, de probada eficiencia y extensión mundial progresiva, encontrándose España en una avanzada posición en el contexto de otros países asimilables al nuestro, según recoge la consultora a la que nos venimos refiriendo. Como matizaciones a esta afirmación debemos, sin embargo, mencionar la necesidad de adaptar el marco normativo ya que procede de la Ley 14/1986, General de Sanidad, y actualizarse según la experiencia de las Comunidades Autónomas y el contexto europeo en relación a la extensión y variables a considerar.

25 Análisis comparado de la estructura de costes y disponibilidad de los servicios no asistenciales a nivel hospitalario según modelos de gestión. Comparativa de modelos. KPMG, junio 2015.



Fuente: KPMG. Análisis comparado de servicios hospitalarios según modelos de gestión

La complementariedad del sistema sanitario privado con el público y la integración de ambos en un común esfuerzo por una sanidad integral e integradora de calidad implica necesariamente:

- Despolitización de la sanidad, para evitar la toma de decisiones por motivos políticos o electorales, sin tener en cuenta las necesidades reales ni su influencia en el conjunto del Estado: Pacto por la Sanidad.
- Garantizar un sistema sanitario público, universal y equitativo, de financiación pública y cuya planificación, control y evaluación sean competencia de las administraciones públicas. El Sistema Nacional de Salud (SNS) es un sistema eficaz en la gestión asistencial y muy valorado tanto interna como internacionalmente, con un alto grado de profesionalidad y alta tecnología innovadora.
- El sector sanitario privado en España es reconocido por su alta calidad y eficiencia. El sector sanitario privado coexiste, complementa y colabora con el sistema público. La interacción entre ambos ámbitos es deseable y necesaria para la sostenibilidad del sistema sanitario público. Las distintas fórmulas de Colaboración Público-Privada (CPP) – conciertos, convenios,

encomiendas de gestión, mutualismo- han permitido demostrar la alta capacidad de los gestores privados, basada en criterios de eficacia y eficiencia a través de una gestión más racional de los recursos existentes y una alta satisfacción de los pacientes. Los modelos de CPP representan un ejemplo de conciliación del servicio público con la participación activa del sector privado.

- Necesidad de presupuestos e inversiones realistas y con visión a largo plazo, así como el cumplimiento de los plazos legales de pago como fuente de eficiencia en la utilización de recursos públicos, evitando el pago por intereses de demora y gastos financieros.
- Reconocimiento del sector empresarial como activo importante, generador de empleo y de riqueza.
- Puesta en valor del medicamento y de la tecnología sanitaria como palancas de la prestación farmacéutica y atención sanitaria, considerando al medicamento como instrumento de bienestar social, además de preventivo de la salud.
- Transformación digital del Sistema Sanitario tanto a nivel nacional como europeo, interoperabilidad entre las CC. AA., importancia de la implantación de la e-salud (interconexión de centros, historia clínica electrónica, prescripción y receta electrónica, seguimiento remoto de pacientes crónicos o dependientes, gestión de laboratorios...).
- Promover que las decisiones de uso y financiación de recursos en el SNS se fundamenten en el valor añadido terapéutico de los medicamentos y en el valor terapéutico diagnóstico y/o organizativo inherente a los productos sanitarios.
- Promover la cohesión y la equidad del sistema a través de medidas sanitarias y de política farmacéutica adoptadas por las Comunidades Autónomas que sean conformes a la normativa estatal y comunitaria vigente, y no impliquen desigualdades interterritoriales ni amenazas a la unidad de mercado. Resulta indispensable una mayor seguridad jurídica para operadores/proveedores y predictibilidad de cara a la realización de inversiones y desarrollo de nuevas tecnologías, por lo que es preciso una mayor coordinación de las autoridades sanitarias en el desarrollo de las Estrategias de Salud.
- Garantizar el acceso de los pacientes a las mejores y más eficaces tecnologías sanitarias disponibles en el tiempo más corto posible y en condicio-

nes de igualdad en todo el territorio. Fórmulas como la compra pública innovadora pueden ser palancas que faciliten dichos objetivos.

- El procedimiento de revisión y evaluación de las nuevas tecnologías para su incorporación al SNS debe ser ágil y transparente teniendo en cuenta todos los estudios disponibles y experiencias del uso de estas tecnologías en otros países.
- En relación a la oficina de farmacia, se debe asegurar la continuidad del modelo actual. Este modelo, dado la capilaridad de la red, garantiza el acceso a toda la ciudadanía, los 365 días al año y 24 horas al día, a los medicamentos y productos sanitarios en condiciones de profesionalidad, seguridad y calidad.

Este establecimiento sanitario viene efectuando, tradicionalmente, otras funciones y atribuciones que pueden verse desarrolladas y ampliadas en distintos ámbitos, mediante acuerdos de colaboración con el SNS en materia de Salud Pública (prevención de enfermedades, cribajes, campañas informativas, vacunación, etc.), en materia de atención farmacéutica (seguimiento tanto de los pacientes y como de su medicación, de los propios medicamentos y su uso -duplicidades, interacciones, efectos adversos, contraindicaciones-, control de botiquines, SPD, polimedicados, etc.), así como en el entorno sociosanitario (atención farmacéutica domiciliaria, teleasistencia, integración funcional de la oficina de farmacia en atención primaria, detección de nuevas circunstancias en la autonomía personal de los pacientes, de enfermedades ocultas, etc.)²⁶.

- Disponer de información sobre resultados en salud, tanto a nivel del SNS como de centros sanitarios e instituciones individuales. Esta es una demanda de la población que en la actualidad se desconoce, y de hecho no se tiene donde encontrar qué nivel de calidad se puede esperar cuando se acude a tratarse en cualquier centro del SNS.
- La Cartera básica de servicios definida por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad debe perseguir los siguientes objetivos:
 - Aumentar la cohesión del Sistema Nacional de Salud.
 - Mejorar la equidad en el acceso a las prestaciones de la cartera de servicios común y garantizar la igualdad de derechos sanitarios en todas la Comunidades Autónomas.

²⁶ Estas actuaciones expresamente se reconocen en el Informe del Consejo Asesor de Sanidad Sobre Coordinación y Atención Sociosanitaria, 2013.

- Promover la integración asistencial entre atención primaria y especializada.
 - Conseguir la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.
 - Convergencia con Europa en la regulación de los derechos de asistencia sanitaria.
 - Promover el desarrollo de los profesionales.
-
- Regulación del sistema de atención a accidentados de tráfico, evitando facturaciones por debajo de los costes y una mejora de los sistemas de cobro a terceros.
 - Avanzar en la superación de las incompatibilidades del profesional sanitario.
 - Modelos de Contratación. Compra pública innovadora.
 - Apoyo y Desarrollo del Turismo de Salud.
 - Apoyo a la internacionalización del sector salud.

LA INTEROPERABILIDAD EN EL SECTOR SANITARIO.

EL PACIENTE COMO ACTOR PRINCIPAL

Uno de los principales retos de nuestro sistema sanitario es la interoperabilidad de la información clínica. A pesar del gran consenso sobre los beneficios que tendría tanto para los pacientes como para el propio sistema, su nivel de desarrollo es todavía muy limitado.

Al cambiar de provincia o centro sanitario, los pacientes son sometidos en muchos casos a pruebas duplicadas y no se produce una continuidad asistencial al no tener acceso a toda la información médica de ese paciente, debido a las diferentes barreras normativas, culturales y organizativas. Uno de los principales problemas ha sido la dificultad de participación de los proveedores privados en las experiencias que se han llevado a cabo, por lo que estamos dejando fuera a una importante parte del sistema.

La cuestión es posicionar al paciente en el centro del sistema para garantizar el cumplimiento de la Ley de Autonomía del Paciente, que reconoce el derecho de las personas a disponer de su información clínica y poder utilizarla para aquello que considere oportuno, principalmente en sus procesos asistenciales. Actualmente, no existe ninguna iniciativa en marcha tan ambiciosa como para cambiar esta situación, por lo que urge un trabajo intenso

en este ámbito que permita establecer un nuevo paradigma que contemple al mayor número de organizaciones sanitarias posible y que alcance los beneficios para los pacientes y para el propio sistema que todos los actores implicados reconocen.

La figura del paciente crónico y su relevancia actual

Los fundamentos normativos de nuestro sistema de bienestar social se recogen al máximo nivel en la Constitución Española, de cuyo articulado podemos señalar el postulado general contenido en su artículo 41:

Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad...

Más adelante, el artículo 43, extrayendo la prestación de asistencia sanitaria del conjunto de las prestaciones de Seguridad Social²⁷, declara el derecho de los ciudadanos a dicha protección y la correlativa obligación de los poderes públicos de instrumentar los medios necesarios para ello:

1. *Se reconoce el derecho a la protección de la salud.*
2. *Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.*

Es el artículo 50 en donde se reconoce el derecho de protección a través de los servicios sociales:

Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales...

Se configuran, de este modo, tres sectores clave de la atención pública a los ciudadanos en España: (i) las prestaciones de la Seguridad Social, (ii) la atención sanitaria a usuarios y pacientes, y (iii) la tercera edad y servicios

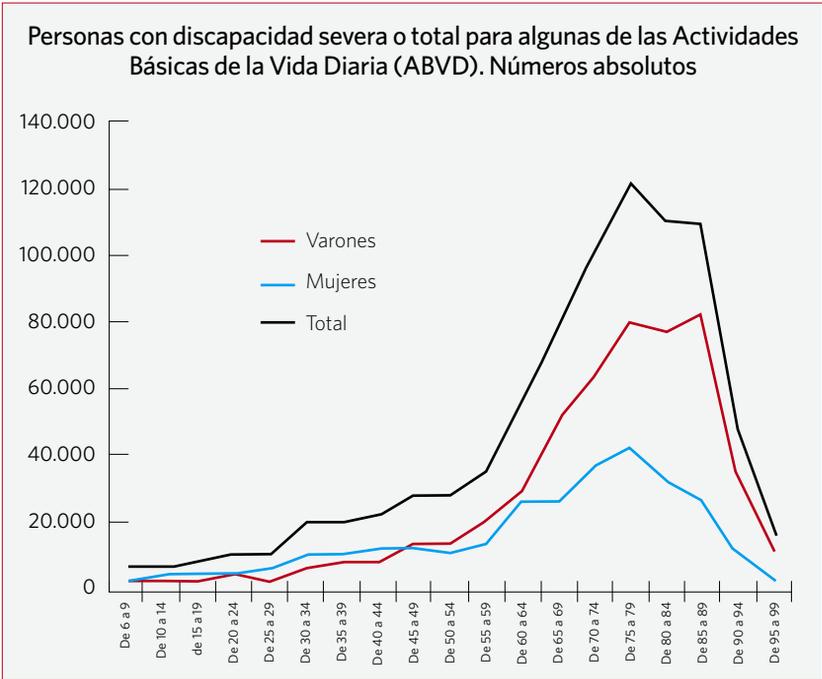
²⁷ Estas actuaciones expresamente se reconocen en el Informe del Consejo Asesor de Sanidad Sobre Coordinación y Atención Sociosanitaria -2013.

sociales. En la evolución del modelo sustentado por estos tres pilares se han ido configurando como población objeto de la atención pública los siguientes colectivos:

- Enfermos crónicos
- Personas con grandes discapacidades
- Enfermos geriátricos
- Enfermos terminales
- Dependientes funcionales

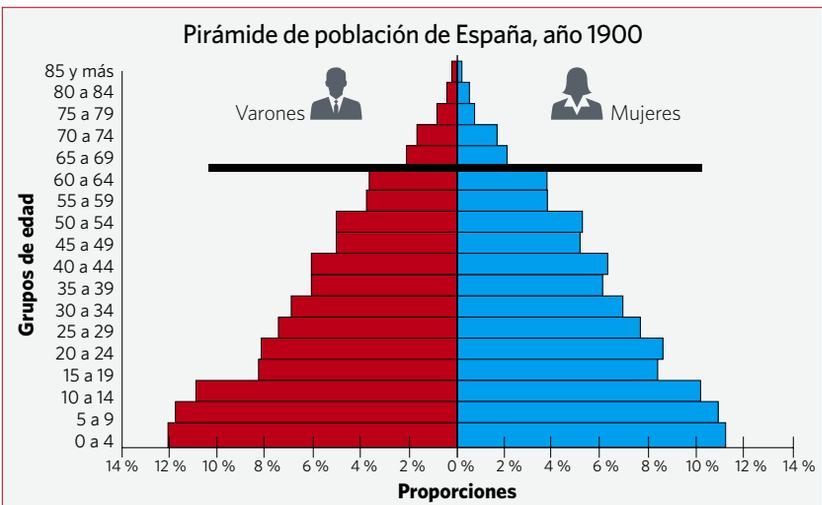
La realidad nos muestra que es muy frecuente, sobre todo por el mero hecho de la edad avanzada, la circunstancia de que confluyan, en una misma persona, varias de estas situaciones y que encontremos, así, a muchas personas ancianas, dependientes y portadoras/padecedoras de pluripatologías que necesitan cuidados especiales y polimedicación, en situación de cronicidad clínica. El progresivo envejecimiento de la población hará que en el año 2020 más del 20 % de los ciudadanos tengan, en España, más de 64 años. Además, para ese año se prevé también que las enfermedades crónicas sean la principal causa de discapacidad o dependencia, lo que obliga a garantizar la continuidad de los cuidados entre ambos sistemas, el sanitario y de servicios sociales.

En España hay en torno a 3,7 millones de personas con discapacidad (en su mayoría mujeres), de las cuales son dependientes casi la tercera parte y lo más preocupante es que este número se incrementa en un 2 % cada año. La esperanza de vida ha ido aumentando de forma sostenida en los últimos años y al hecho de vivir más tiempo se agrega, ineludiblemente, la circunstancia de necesitar cuidados durante más años. La posibilidad de discapacidad de cualquier origen (sensorial, mental, osteomiarticular o incluso genética o perinatal) se incrementa de forma creciente con la edad (a partir de los 65 años afecta a entre el 33 y el 50 % de la población). El progresivo envejecimiento poblacional arrastra, ineludiblemente un incremento en el número de enfermos crónicos y, por ende, del gasto sanitario total. Factores conexos como el envejecimiento y una situación de discapacidad previa, aumentan el riesgo de encontrarse en situación de dependencia. Se refleja con claridad en este gráfico que recogía, ya en 1999, el IMSERSO en su *Libro blanco de atención a las personas en situación de dependencia en España*.

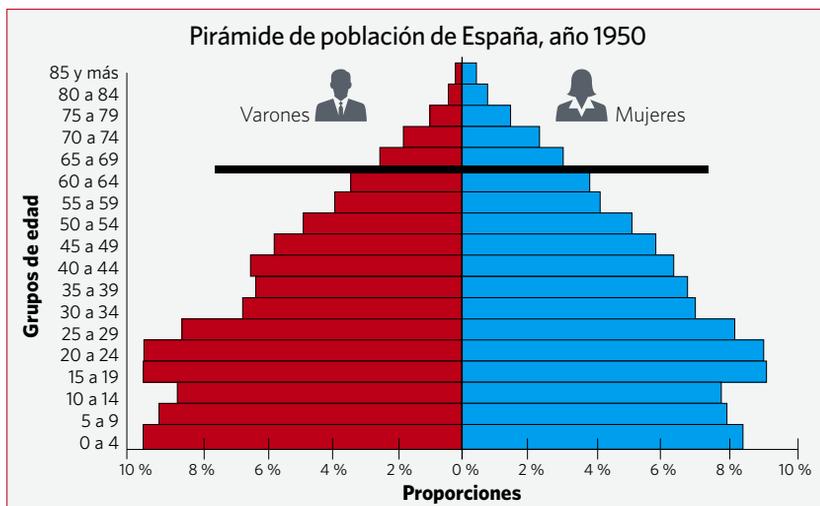


Fuente: IMSERSO

Este hecho incuestionable del envejecimiento progresivo de la población española nos lo evidencia el examen comparativo de las pirámides de población desde 1900 hasta un futuro 2050, ya no tan lejano en términos de cronología social.

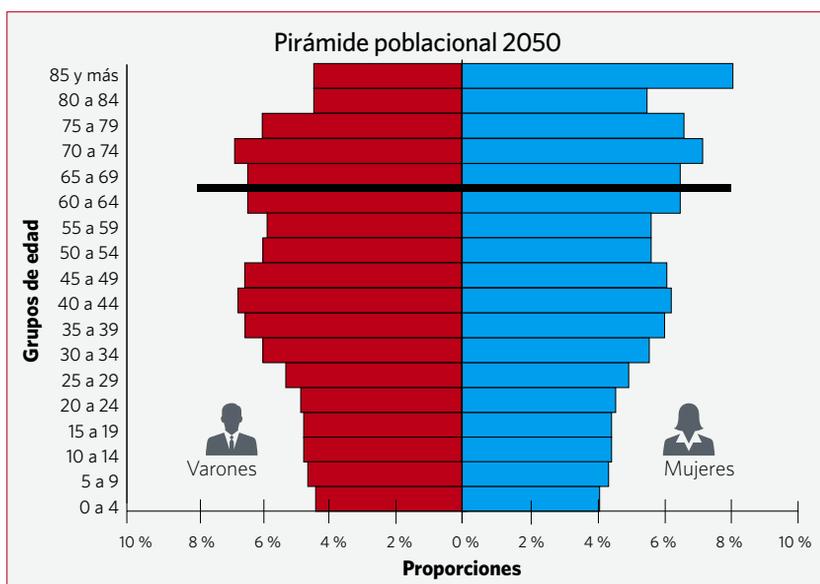


Fuente: Instituto Nacional de Estadística



Fuente: Instituto Nacional de Estadística

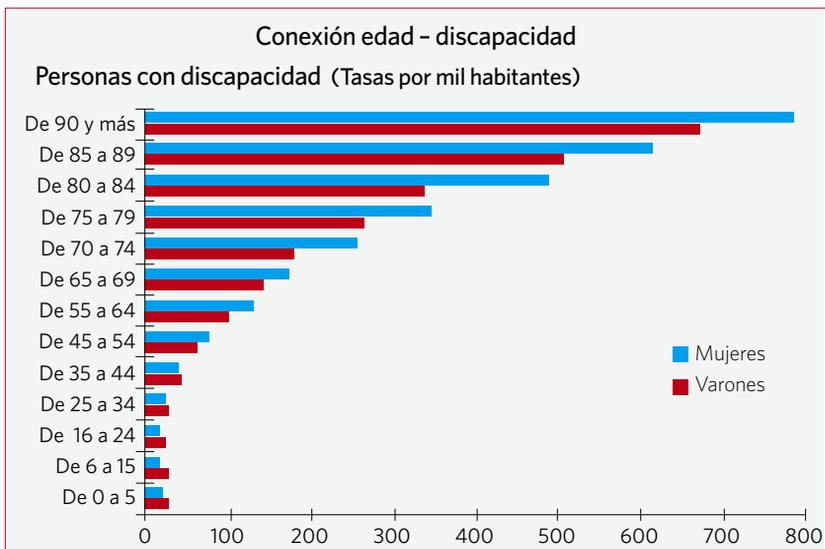
Ha aumentado, en esta nueva pirámide, ostensiblemente, como podemos ver, el número de personas mayores de 65 años y se da un curioso ensanchamiento en la base, fruto de la situación sanitaria mencionada. Ese ensanchamiento, en su evolución, va subiendo y ocasiona que la figura vaya perdiendo su apariencia de pirámide, hasta ir adquiriendo forma cilíndrica, apariencia previsible para 2050.



Fuente: Creación propia

Esta situación en España es un reflejo de la evolución mundial de la población, cuyo número de mayores de 65 años en 2010 era de 600 millones de personas, esperándose para 2025 su ascenso a 1.200 millones, para alcanzar los 2.000 millones antes de 2050. El envejecimiento de la población es un triunfo social indiscutible, pero a la par supone un severo desafío que compromete recursos organizativos, económicos y sociales.

Podemos decir, en términos coloquiales pero expresivos, que el retrato robot de un paciente de este tipo en España es una mujer mayor de 80 años. Lo vemos con claridad en este gráfico, en el que la tasa de mujeres con discapacidad comienza a superar a la de los hombres a partir de los 45 años y va despegando progresivamente al aumentar la edad.



Fuente: IMSERSO

Si combinamos edad y discapacidad, en la actual pirámide poblacional, confirmamos que la discapacidad aumenta con la edad y que afecta, en efecto, más a las mujeres que a los hombres.

Hay un hecho contrastado y es que la mayor parte del consumo de los recursos sanitarios de una población lo hacen los enfermos crónicos y que este mayor consumo se incrementa en los últimos años de la vida de una persona, al asociarse mayor edad con patologías crónicas propias de este hecho biológico. Cronicidad y mayor edad configuran, pues, los factores clave del sobre coste sanitario. Si nos centramos en el consumo de recursos

de las personas mayores de 65 años, pacientes crónicos, podemos afirmar que la tasa de frecuentación hospitalaria de este grupo duplica la de la población general y su promedio de estancia hospitalaria supera en 2 días la del conjunto de la población atendida.

Si el punto de atención lo ponemos en los grupos de patologías y el consumo de recursos que ocasiona, comprobamos que se encuentran en primer lugar las enfermedades y trastornos del aparato circulatorio y del respiratorio.



Fuente: IMSERSO

La atención sociosanitaria

El desarrollo de los derechos sociales, en el área de los cuidados de larga duración, ha venido configurando lo que se dio en llamar “el cuarto pilar del estado de bienestar”. Se trata de poner en marcha dispositivos y atenciones que permitan a personas en situación de especial vulnerabilidad, por la edad solamente o por la edad y estado precario de salud, conjuntamente, el ejercicio de sus derechos como ciudadanos y el acceso a prestaciones y bienes sanitarios y sociales. A través de cuidados institucionales, públicos y privados, se trata, en la concepción inicial de este sistema, de descargar a las familias de la ingente labor de cuidados que requieren estos colectivos sensibles, al propio tiempo que se les incentiva su desarrollo personal.

Comenzaremos destacando que, ante los necesarios cuidados y servicios sociosanitarios, *El libro blanco de la dependencia* nos recuerda que existen, desde el punto de vista organizativo e institucional, dos opciones básicas:

- A. Coordinación sociosanitaria.
- B. Red de atención sociosanitaria.

El primero de estos sistemas es un conjunto de acciones encaminadas a ordenar y coordinar los sistemas sanitario y social para ofrecer una respuesta integral a las necesidades de atención sociosanitaria. El segundo es un conjunto de recursos destinados de forma específica a la atención sociosanitaria. La coordinación sociosanitaria parte del supuesto de que hay dos sistemas, el sanitario y el de servicios sociales, en tanto que la red comporta un nuevo y único espacio asistencial.

En nuestro país, las preferencias se decantan por el primer modelo²⁸. Esta es la opción legal en España, el criterio general de los expertos y encuentra destacables ventajas en el sistema de coordinación sanitaria y que caracterizan de esta manera:

- La coordinación exige el reconocimiento mutuo de las competencias de los sistemas sanitario y de servicios sociales.
- La coordinación debe contribuir a optimizar la utilización de los recursos disponibles más adecuados para cada situación.
- La coordinación no puede camuflar la escasez de recursos.
- El acceso a los recursos debe ser equitativo y basarse en criterios homogéneos con participación de profesionales expertos.
- La coordinación debe responder a criterios de descentralización y de cercanía al usuario.
- Los poderes públicos deben garantizar la equidad en el acceso a la provisión de los cuidados y servicios.

²⁸ En este sentido se pronuncian *El libro blanco de la Dependencia*, la Ley de Cohesión y Calidad del SNS y la de Autonomía Personal y Dependencia.

El sistema de coordinación es un modelo de atención integrado por instrumentos, normativos y de acción, integrados, entre el sistema de salud y el de atención social, con el objeto de constituir un sistema integral que satisfaga las necesidades de aquellas personas que demandan la cobertura de sus necesidades por ambos sistemas. Incide sobre personas en situación de dependencia como las personas mayores, enfermos crónicos o personas con discapacidad. Los objetivos que persigue son paliar sus padecimientos, fomentar su autonomía y potenciar su adaptación social.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, en su artículo 14 definió el marco general de despliegue de los recursos sociosanitarios.

- 1. La atención sociosanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.*
- 2. En el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma determine y en cualquier caso comprenderá:*
 - a) Los cuidados sanitarios de larga duración.*
 - b) La atención sanitaria a la convalecencia.*
 - c) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.*
- 3. La continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes.*

El contenido de la prestación de atención sociosanitaria así definida, debía llevarse a cabo, al igual que el resto de las prestaciones que integren el catálogo del Sistema Nacional de Salud, a través de una norma que fije la cartera de servicios correspondientes a cada prestación, entre ellas la sociosanitaria. Podía parecer que tras la publicación de esta Ley 16/2003 y su normativa de desarrollo sobre prestaciones del sistema sanitario, ya sí que

recogería, en paralelo, la cartera de servicios de la prestación sociosanitaria. Tampoco fue así con el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, como sucedió con anterioridad con el Real Decreto 63/1995, antes mencionado, renovando el incumplimiento de las previsiones legales al respecto.

En los últimos años se ha avanzado mucho en la elaboración de un modelo integral de valoración conjunta de la persona en sus diferentes facetas sanitaria y social. Este modelo es particularmente interesante en una situación de escasez de recursos y necesidades crecientes, escenario en el que adquiere particular importancia el nuevo Sistema de Atención a la Dependencia.

El sistema debe garantizar los mecanismos de control y seguimiento de los planes de atención y cuidados establecidos para cada persona. Es necesario potenciar los recursos comunitarios (servicios sociales, centros de atención primaria y oficinas de farmacia²⁹) como pilares sobre los que pivotar la prevención, la atención y el cuidado domiciliario, así como el seguimiento necesario. Los servicios de ayuda a domicilio y la teleasistencia tienen la capacidad de iniciar ese cambio de concepción.

Los diferentes modelos de cuidados se diferencian, en razón a los distintos recursos que comprometen: Centros residenciales, Hospitales de media estancia, Hospitales de día, Sistemas de teleasistencia o Medios de ayuda a domicilio. Nos encontramos en momentos de tránsito del modelo de atención actual, basado en recursos, al modelo avanzado de atención según necesidades de los ciudadanos³⁰.

Actualmente, tres de cada cuatro plazas residenciales, de un total de casi 375.000, se gestionan por entidades privadas³¹, que reciben para su sostenimiento general la financiación a través de fórmulas diferenciadas: a) de forma exclusiva por los residentes (o sus familias); b) de estos, por una parte y de aportaciones públicas, por otra, en régimen de concierto. De la importancia y valor social de este sector residencial trataremos en el epígrafe del presente *Libro Blanco*, específico para este asunto.

Cualquiera que sea, por otra parte, el modelo de atención, las personas con patologías discapacitantes, sean o no dependientes, constituyen un amplí-

29 El Informe del Consejo Asesor de Sanidad, establece que la red asistencial de la oficina de farmacia es "fundamental" para el futuro espacio sociosanitario.

30 Según se recoge en el Documento de la Comisión de Sanidad y Asuntos Sociales de CEOE. Posición empresarial de líneas de actuación y propuestas de Colaboración Público-Privada (CPP).

31 Informe anual DBK sobre residencias de mayores en España.

simo colectivo objeto de los sistemas de protección social y deben disponer de los recursos necesarios para no ver limitada su calidad de vida. La confluencia de los sectores sanitarios y los sociales produce, en su superposición, una zona común en la que encontramos los deseados efectos, principalmente, de integración de los recursos y de continuidad asistencial y abordaje integral.



Fuente: Comisión de Sanidad y Asuntos Sociales de CEOE. Líneas de actuación

Conviene recordar que el sistema sanitario español está orientado, conceptualmente, a la atención de enfermos agudos y que la realidad de la evolución demográfica y de morbilidad poblacional supone un obligado giro de atención a la cronicidad. A medida que la orientación de la sanidad mire hacia lo crónico, se estará acercando progresivamente al terreno social. Culminará su evolución en la atención sociosanitaria.

El modelo de atención combinada sociosanitaria supone un formato evolucionado sobre la tradicional atención sanitaria y la social en terrenos separados. Aporta los siguientes beneficios:

- A. Mejora la atención por la alta calidad de respuesta.
- B. Racionaliza el uso de los recursos (libera recursos hospitalarios).
- C. Supone una significativa reducción de las recaídas y de los reingresos.
- D. Mejora la calidad de vida de los enfermos crónicos y dependientes.

Un paso previo consiste en definir a qué pacientes debe ir dirigido este tipo de atenciones, con el objeto de asignar los recursos en función de las necesidades detectadas. El colectivo destinatario podemos configurarlo, básicamente, de este modo:

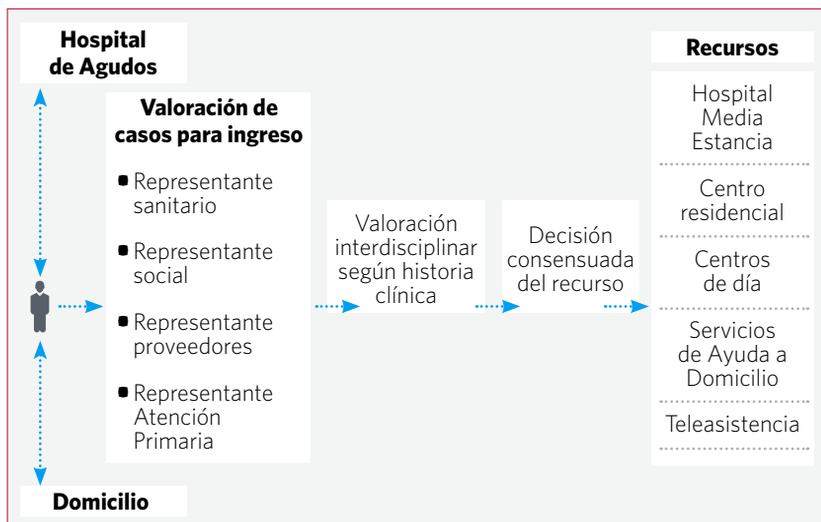
- Paciente con enfermedades crónicas de larga duración (más de dos/tres diagnósticos, que han generado incapacidades funcionales y gran complejidad).
- Pacientes con demencias avanzadas o con algún otro trastorno cognitivo de tipo crónico que requieran cuidados sanitarios complejos.
- Personas con enfermedades avanzadas, sin expectativas de curación y con un pronóstico limitado que requieran un tratamiento sintomático, como neoplasias, patologías crónicas en últimos estadios (IC, EPOC, demencias...). Se trata de procesos crónicos incurables y progresivos, sin posibilidades de respuesta a tratamientos específicos, con pronóstico de vida igual o inferior a 6 meses, con presencia de sintomatología física o emocional y la posibilidad de claudicación de sus cuidadores.
- Incapacidades graves potencialmente reversibles, superada la fase aguda (AVC, fractura de cadera), patologías cardiorespiratorias, amputaciones y síndromes de inmovilidad.
- Cuadros clínicos, cuidados postoperatorios y sub-agudos: requieren estabilización o una cierta intensidad terapéutica, curas y alguna exploración complementaria antes de volver al domicilio.
- Paciente geriátrico frágil: persona con una reserva funcional disminuida y que, además, sufre algún síndrome geriátrico como depresión, caídas, incontinencia, etc. que requiere evaluación geriátrica y tratamiento rehabilitador.

Ante este abanico, amplio, difícil y dispar de sujetos a atender, un paso previo a la dispensación de la atención es, evidentemente, definir el nivel de aquella que corresponde a cada persona, a través de equipos de evaluación y soporte que dispongan de herramientas de valoración adecuadas para determinar a quién se ha de prestar la atención, con qué medios, cuándo y dónde.

Equipos de valoración en hospitales de agudos	Equipos interdisciplinarios especializados de atención domiciliaria
<ul style="list-style-type: none"> ■ Evaluación clínica y/o geriátrica en HA. ■ Interconsulta, para mejorar la atención de pacientes crónicos y complejos. ■ Coordinar los servicios y derivar manteniendo el <i>continuum</i> asistencial. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Atención a pacientes con enfermedades avanzadas con neoplasia o enfermos crónicos con pluripatología. ■ Educación y soporte a la familia. ■ Atención al duelo.

Fuente: Comisión de Sanidad y Asuntos Sociales de CEOE. Líneas de actuación

Los recursos de valoración comprometidos, en primer lugar, en los expresados espacios, hospitalario o domiciliario, dan lugar, a través de un dispositivo multidisciplinar a la asignación del recurso idóneo, desde el ingreso en centro residencial, pasando por recursos intermedios (hospitales de media estancia o centros de día) hasta la ayuda a domicilio o la teleasistencia.



Fuente: Comisión de Sanidad y Asuntos Sociales de CEOE. Líneas de actuación

La necesidad de adoptar medidas para fomentar la coordinación entre la atención sanitaria y los servicios sociales pendiente de resolver desde hace más de veinte años. El hecho es que la integración de los modelos sanitario y social, efectuada en algunos espacios territoriales, se ha implantado más

en el aspecto organizativo institucional que en el de las realidades prácticas. Conviene enfatizar que coordinar Sanidad y Servicios Sociales no implica solamente una unión nominal, sino la puesta en marcha de políticas integradas.

Lo cierto es que esta coordinación es cada vez más necesaria, sobre todo teniendo en cuenta que el paciente crónico es uno de los ejes fundamentales de este sistema y que la cronicidad de las enfermedades va en aumento, más aún en un país como España en el que las estadísticas hablan de una sociedad cada vez más envejecida y las previsiones en este sentido no son nada halagüeñas. Así, lo que importa es que cada caso se gestione de una manera global, porque al final de lo que se trata es de atender bien a la persona³².

Deviene imprescindible priorizar la inversión en salud pública y atención sociosanitaria, en coherencia con el cambio epidemiológico experimentado por las sociedades desarrolladas, que caminan inexorablemente hacia una hegemonía de los problemas crónicos de salud y una mayor tasa de dependencia³³.

El momento actual vivido en nuestro país es el de avanzar en la unificación de los espacios e instrumentos sanitarios y sociales. Se busca un “pacto sociosanitario” que desarrolle y consolide ambos sistemas, poniendo al ciudadano como centro de atención de las políticas públicas. Los servicios sanitarios y sociales de las Comunidades Autónomas compartirían la información clínica y social de sus pacientes en una única historia sociosanitaria integrada, que podría ser consultada por médicos, farmacéuticos autorizados y trabajadores sociales autorizados con el objetivo de poder identificar y dar continuidad asistencial a sus problemas de salud y necesidades sociales.

Este es uno de los objetivos planteados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en el primer borrador de la Estrategia de Atención Sociosanitaria.

Por tanto, una vía de futuro puede ser constituir figuras jurídicas aseguradoras de la dependencia con sustantividad propia y diferenciada de los seguros de salud o de los planes de pensiones. Se trata del seguro complementario de dependencia, cuyo contenido, modalidades e incluso régimen de desgravación fiscal es preciso se sometan a normativa estatal. El asegu-

32 Informe anual DBK sobre residencias de mayores en España.

33 Fundación Economía y Salud. Evolucionando hacia un modelo sociosanitario de salud.

ramiento voluntario privado permitiría a los usuarios planificar mejor sus necesidades futuras y el incentivo de la desgravación fiscal podría contribuir a descongestionar la sanidad pública, suponiendo un ahorro en el gasto sanitario. Posteriormente haremos expresa mención de esta interesante y novedosa figura.

INFORME DEL CONSEJO ASESOR DE SANIDAD³⁴.

ATENCIÓN Y COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

En noviembre de 2012, por mandato del Pleno del Consejo Asesor de Sanidad, se constituyó un grupo de trabajo sobre coordinación y atención socio-sanitaria que elaboró el precitado Informe, del que extraemos algunas de sus principales consideraciones, que podemos ver coinciden, en lo sustancial, con lo hasta ahora expuesto.

- Necesidad de coordinar los Servicios de Salud y los Servicios Sociales para atender enfermedades que requieren cuidados de larga duración, con el objeto de prestar una atención integral centrada en la persona. Se plantea un código único, con independencia de en cuál de los dos sectores haya comenzado la atención.
- La coordinación sociosanitaria debe configurarse como una visión de futuro, teniendo en cuenta aspectos como el envejecimiento demográfico, la prevalencia de las enfermedades crónicas y la patente extensión de situaciones de dependencia. Deberán explorarse estrategias en unidades de media y larga estancia en aras a la optimización de los recursos.
- Debe considerarse, como modelo adecuado para el abordaje de estos fenómenos, el llamado “modelo de gestión de casos”, en el que se ha demostrado la relevancia del papel de profesional de enfermería, por su contacto directo con el paciente y poseedor de una visión global del mismo, así como aprovechar la red asistencial formada por la oficina de farmacia.
- La coordinación sociosanitaria es un factor estratégico para la sostenibilidad del sistema sanitario y para la mejora de los servicios sociales, porque maximiza la eficiencia y permite ahorros en el sistema.

34 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 5 de abril de 2013.

- Conviene fomentar la sensibilidad social hacia el espacio sociosanitario, para alcanzar un adecuado nivel de responsabilidad social ante el envejecimiento, la cronicidad, la pluripatología, la falta de autonomía personal y la atención a personas con discapacidad en su necesaria inclusión social.
- El envejecimiento activo y saludable comporta un proceso de optimización de oportunidades de salud, de participación y de seguridad, dirigido a mejorar la calidad de vida de nuestros mayores.
- Debemos aceptar que la atención sociosanitaria sigue siendo una asignatura pendiente en la legislación española. Tras las fallidas experiencias, normativas y de otros tipos, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha expresado su firme decisión de impulsar un Pacto Sociosanitario, con el objetivo de abrir camino a una nueva normativa en esta materia.

Estado de situación por sectores

En este epígrafe, cuerpo general del presente trabajo, analizaremos dos grandes campos de actividad de la empresa privada: el sanitario y el sociosanitario, exponiendo la situación actual y las previsiones de futuro de algunos de sus sectores más representativos. El análisis individualizado por sectores mostrará, en cada campo concreto, de dónde venimos, dónde estamos y hacia dónde indican las previsiones que vamos. Siendo conocidos los dos primeros, este último elemento es una incógnita, por lo que se hace referencia a las previsiones y estudios de campo al respecto.

Se trata de una visión amplia, desde el punto de vista del presente trabajo, si bien no tiene, ni puede tener, carácter exhaustivo.

SANIDAD

Medicamentos

Industria farmacéutica. Sector innovador

LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA, SU POSICIÓN EN EUROPA Y EN ESPAÑA

Las perspectivas económicas europeas indican una recuperación económica en la Unión Europea, siendo la previsión de crecimiento del PIB del 1,9% para el año 2016. El crecimiento es lento y desigual, desde países en crecimiento superior a la media (Reino Unido) a otros en recesión (Italia).

En el mercado farmacéutico hay factores que hacen muy difícil pronosticar cuál será su situación económica en ese espacio temporal. Podemos citar como condicionantes las restricciones de acceso al mercado para de-

terminados medicamentos, la creciente presión sobre los precios e incluso la aparición de nuevos productos, derivada de una mayor productividad de la I+D farmacéutica.

Debemos poner en valor, no obstante, que el mercado farmacéutico español es el quinto en importancia en el contexto europeo (por detrás de Alemania, Austria, Bélgica y Dinamarca), por volumen de ventas y generación de empleo, y el sexto en términos de producción.

En España la inversión en investigación, desarrollo e innovación (I+D+i) es un factor clave para el desarrollo de la economía. Estas actividades tienen efectos positivos en la productividad, en la competitividad y por tanto en el crecimiento económico a largo plazo³⁵. La propia Ley 14/2011, de la ciencia, la tecnología y la innovación, apuesta en su preámbulo por una evolución económica, basada en la innovación y la investigación para conseguir cimentar el desarrollo en el conocimiento.

En este sentido, el objetivo planteado por el Gobierno para 2020 pasa por duplicar el esfuerzo investigador del sector empresarial español en relación al PIB, manteniendo constante la participación del sector público en nuestra economía. Se está produciendo un cambio de modelo, en el espacio investigador, en el que el principal impulsor es la economía privada.

Es preciso destacar el papel de la industria farmacéutica como sector industrial líder en la investigación³⁶, dato especialmente significativo si tenemos en cuenta que la cifra de negocio de la industria farmacéutica es, solamente, el 2,5 % del total.

Unos cuantos datos sobre el capital humano empleado en la industria farmacéutica en España pueden dar una visión ilustrativa. Tiene la tasa más alta de volumen de empleo en investigación, con 4.449 trabajadores altamente cualificados. La tasa de empleo femenino es de 2 de cada 3 trabajadores.

35 Del Programa Nacional de Reformas de España 2014, remitido por el Gobierno español a la Comisión Europea. www.mineco.gob.es/sftls/mineco/prensa/noticias/2014.

36 El 19,8 % del conjunto del gasto total en I+D+i efectuado por toda la industria española en 2013.

SECTOR	PERSONAL EN I+D*	GASTOS EN I+D (MILLONES €)			% INCR S/2012
		INTERNOS	EXTERNOS	TOTALES	
Total industrial	37.405	3.283,88	1.182,36	4.466,23	-7,3 %
Industria Farmacéutica	4.449	568,08	315,90	883,98	-11,3 %
Automóvil	3.799	328,19	310,06	638,25	-16,2 %
Otro material de transporte	4.006	567,58	192,60	760,18	-2,1 %
Aeroespacial	2.831	414,75	133,23	547,98	-1,5 %
Productos informáticos, electrónicos y ópticos	3.008	175,73	20,71	196,44	-3,7 %

* Personal en EJC (equivalencia jornada completa)

Fuente: Farmaindustria a partir de INE (estadística sobre actividades I+D 2012 y 2013; Memoria anual 2014)

El empleo generado por la industria farmacéutica innovadora y la I+D+i es un empleo de calidad: i) genera un gran número de puestos de trabajo indirectos e inducidos, con un ratio de 4 empleos indirectos generados por cada empleado de las compañías farmacéuticas; ii) tiene un porcentaje de empleo joven muy alto; iii) los licenciados universitarios suponen el 50 % de la plantilla; y iv) el porcentaje de empleo fijo se sitúa alrededor del 95 % de la plantilla total. De este modo, la generación de empleo en la industria farmacéutica innovadora contribuiría a paliar algunos de los problemas más importantes del mercado laboral como la alta tasa de desempleo juvenil, la alta tasa de desempleo femenino, la elevada temporalidad de los contratos de trabajo o la falta de correspondencia entre los estudios universitarios cursados y el tipo de empleo conseguido en el mercado laboral³⁷.

En otro aspecto hay que enfatizar que la I+D farmacéutica cuenta con un alto nivel de autofinanciación (89,9 %). Datos todos ellos, los expuestos, que evidencian el liderazgo de la industria farmacéutica en investigación y su importancia estratégica a la hora de configurar un modelo de desarrollo en nuestro país.

Este crecimiento se ha logrado a pesar de que la industria farmacéutica ha experimentado años consecutivos de caída de su mercado, como consecuencia de las medidas de ajuste del coste de la prestación farmacéutica,

37 Recomendaciones Comisión Sanidad y Asuntos Sociales al Pal 400.000. Madrid, febrero 2015. CEIM (Confederación de Empresarios de Madrid).

ralentizando en consecuencia el ritmo inversor en I+D. En este sentido, cabe señalar una ligera recuperación de las ventas en 2014 con un incremento del 0,9 % interanual.

Mercado interior de medicamentos (P.V.L., millones €)						
	OFICINAS DE FARMACIA*	INCR. (%)	HOSPITALES**	INCR. (%)	TOTAL	INCR. (%)
2012	8.863,09	-8,5 %	4.317,70	+1,5 %	13.180,79	-5,5 %
2013	8.778,34	-1,0 %	4.425,37	+2,5 %	13.203,71	+0,2 %
2014	8.841,48	+0,7 %	4.479,04	+1,2 %	13.320,52	+0,9 %

* Ventas de medicamentos a Oficinas de Farmacia, netas de deducciones (RDL 8/2010)

** Dato estimado. Se ha rehecho la serie histórica a partir de datos de la Encuesta Anual de Deuda Farmacéutica Hospitalaria de Farmaindustria, rompiéndose la continuidad con las estimaciones presentadas en anteriores memorias anuales de la asociación. Datos correspondientes a ventas de medicamentos a hospital del SNS netas de descuentos y deducciones (en Cataluña sólo se incluyen los centros del Instituto Catalán de la Salud (ICS)).

Un factor de primera importancia en la situación y evolución de la industria farmacéutica es el del gasto en medicamentos de la Seguridad Social, incrementado en 2014 a causa del aumento del número de recetas y del coste medio por receta. Encontramos, otra vez, un respiro económico tras varios años consecutivos de caída.

Gasto Seguridad Social por recetas dispensadas a través de farmacia						
AÑO	GASTO (MILLONES € PVP IVA)	INCR. (%)	Nº RECETAS (MILLONES)	INCR. (%)	GASTO DE RECETA (€) (EUROS)	INCR. (%)
2010	12.207,7	-2,4 %	957,7	+2,5 %	12,75	-4,8 %
2011	11.136,4	-8,8 %	973,2	+1,6 %	11,44	-10,2 %
2012	9.769,9	-12,3 %	913,7	-6,1 %	10,69	-6,6 %
2013	9.183,2	-6,0 %	859,0	-6,0 %	10,68	-0,1 %
2014	9.360,0	+1,9 %	868,6	+1,1 %	10,78	+0,9 %

Fuente: Facturación de recetas médicas. MSSSI

Las compañías farmacéuticas proporcionan a la sociedad uno de los bienes más preciados y que más contribuye al bienestar y a la salud de la población: el medicamento.

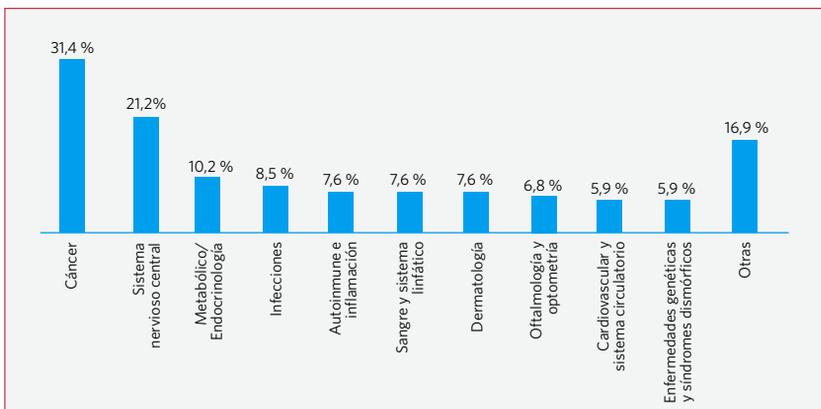
La contribución económica del sector también es muy relevante ya que goza de las mayores tasas de productividad de toda la industria española y constituye una fuente de empleo cualificado, estable y diverso. Este sector es muy competitivo internacionalmente con unos 10.000 millones de euros al año de exportación; y dedica a I+D casi 1.000 millones de euros de inversión al año, lo que supone el 20 % de todo el sector industrial. Además, la industria está comprometida con la dinamización de la investigación biomédica pública española y con el Sistema Sanitario en la formación continuada y en la actualización de los conocimientos de sus profesionales³⁸.

Debemos resaltar que el pasado año 2015 ha sido el primero que registró un crecimiento del gasto público en medicamentos dispensados a través de Oficinas de Farmacia, tras cuatro años consecutivos de caídas con una reducción acumulada del 25 %, pasando de cifras superiores a 12.000 millones de euros en 2010 a poco más de 9.000 en 2014.

DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS POR ÁREAS TERAPÉUTICAS

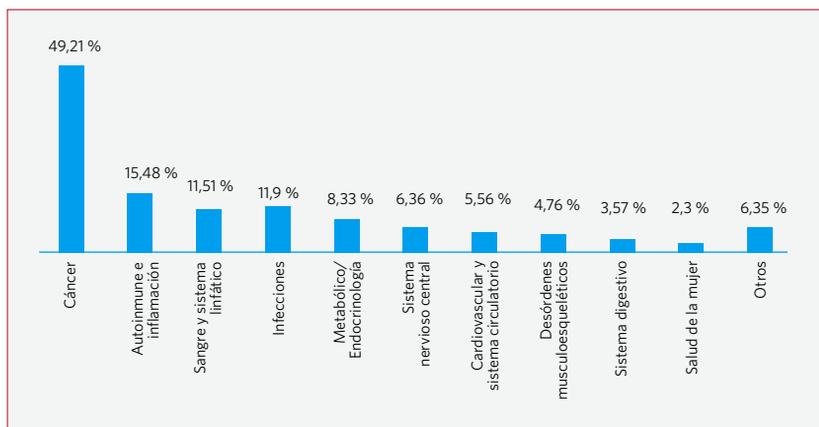
- Distribución de los medicamentos desarrollados por entidades nacionales en función de su área terapéutica, en 2015.

Destaca el importante peso que tiene, en este asunto, el tratamiento del cáncer, que se lleva casi un tercio del total de los medicamentos desarrollados, seguido a mucha distancia por el sistema nervioso central y el metabólico y endocrinológico.



Fuente: Asociación Española de Bioempresas (ASEBIO).

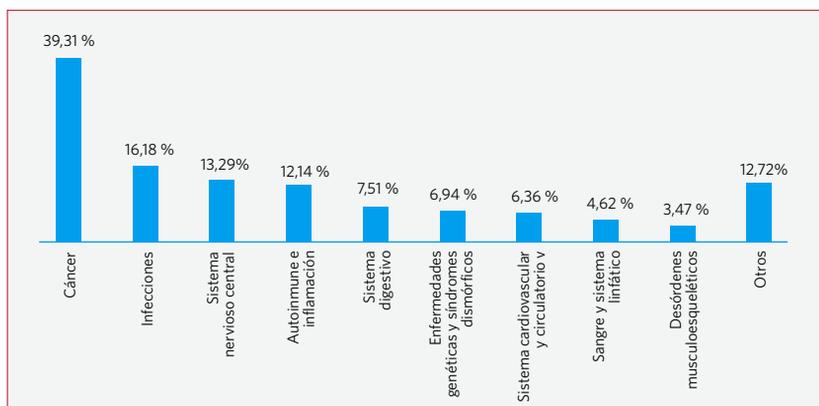
- Distribución de los medicamentos desarrollados por multinacionales en los que alguna de las fases se ha realizado en España en función de su área terapéutica, en 2015.



Fuente: Asociación Española de Bioempresas (ASEBIO).

Se mantiene, como puede comprobarse, el importante peso de los tratamientos del cáncer, respecto del conjunto del resto de las patologías, incluso con un fuerte incremento que, en este caso, alcanza prácticamente al 50 % de los medicamentos. Los dos bloques que antes le seguían en importancia son desplazados por los destinados al sistema autoinmune e inflamatorio y al sector sangre y linfático.

- Distribución de los productos y servicios de diagnóstico y de medicina personalizada en función de su área terapéutica, en 2015.



Fuente: Asociación Española de Bioempresas (ASEBIO).

En el caso de la acción diagnóstica volvemos a encontrar el puesto relevante que ocupa el cáncer como problema sanitario, seguido de los otros grupos clínicos que hemos visto en los cuadros anteriores.

EL IMPACTO DE LA ACTUACIÓN PÚBLICA SOBRE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA

Acabamos de indicar la fuerte reducción, en los últimos años, del mercado del medicamento y podemos señalar, como una causa importante de la contracción del gasto, el impacto de las medidas reguladoras llevadas a cabo en el terreno normativo sobre el sector farmacéutico.

A este respecto es conveniente hacer mención al Real Decreto-Ley 4/2010, de 26 de marzo, de racionalización del gasto en medicamentos con cargo al Sistema Nacional de Salud; al Real Decreto-Ley 8/2010, de 20 de mayo, que introdujo medidas extraordinarias para la reducción del déficit público; al Real Decreto 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud; y al Real Decreto 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

Los elementos de reducción del gasto público en medicamentos, introducidos por esta normativa fueron:

- A. Rebaja del precio industrial de los medicamentos genéricos, en un porcentaje alrededor del 25 %.
- B. Descuentos por las ventas al SNS de medicamentos fuera del sistema de precios de referencia, descuentos del 4 %, 7,5 % o 15 %, según el tipo de medicamento que se trate.
- C. Implantación de un sistema novedoso de copagos farmacéuticos en función de la renta y no de la situación laboral del trabajador.
- D. Exclusión de la financiación pública de aquellos medicamentos dirigidos a síndromes menores.

Asimismo, se deben señalar las medidas introducidas en el terreno económico del sector farmacéutico y para el caso concreto de los medicamentos, fuera de patente, por el Real Decreto 177/2014, de 21 de marzo, por el que se regula el sistema de precios de referencia y de agrupaciones

homogéneas de medicamentos en el Sistema Nacional de Salud, y por las Órdenes SSSI/1225/2014, de 10 de julio y SSSI/2160/2015, de 14 de octubre, recogidas actualmente en el Real Decreto Legislativo 1/2015, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Garantías y Uso racional de Medicamentos y Productos Sanitarios. El impacto económico para la industria del medicamento, en términos de pérdida, puede acercarse a los 100 millones de euros anuales.

El mencionado Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, en su artículo 98 define el concepto de precio de referencia como *“la cuantía máxima con la que se financiarán las presentaciones de medicamentos incluidas en cada uno de los conjuntos que se determinen, siempre que se prescriban y dispensen con cargo a fondos públicos”*.

Un factor más a considerar son los llamados Informes de Posicionamiento Terapéutico (IPT), consolidados como un elemento clave del acceso de medicamentos innovadores al mercado español. Durante el pasado año se publicaron 10 IPT y otros 24 adicionales en los primeros meses de 2015, encontrándose aún pendiente, por la Agencia Española de Medicamentos y Productos sanitarios (AEMPS), el procedimiento normalizado de trabajo de elaboración de los IPT que pueda aportar la imprescindible seguridad en dichos documentos³⁹.

La Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios⁴⁰, introducía un mecanismo de regulación y precio de los medicamentos, cuyo Decreto de desarrollo en esta materia se encuentra aún pendiente de promulgación. En el mismo espacio de futuro se encontraba también el Real Decreto Legislativo que incorpora el texto refundido de la Ley de Garantías y Uso Racional del Medicamento y Productos Sanitarios, incorporando, precisamente bajo la condición de texto refundido, a un único texto, todas las normas relacionadas con la Ley 29/2006 desde su entrada en vigor. Ya se ha producido su publicación: el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, al que venimos haciendo referencia, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Garantías y Uso racional de

39 Y que es objeto de regulación en el Proyecto de Real Decreto por el que se regula la Financiación y Fijación de Precios de Medicamentos y Productos Sanitarios y su inclusión en la Prestación Farmacéutica del Sistema Nacional de Salud.

40 Conforme a la Disposición Adicional Única del Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Garantías y Uso racional de Medicamentos y Productos Sanitarios, *las referencias normativas efectuadas a la Ley 29/2006, de 26 de julio, han de entenderse efectuadas a los preceptos correspondientes del Texto Refundido (RDL 1/2015)*.

Medicamentos y Productos Sanitarios y se deroga la citada Ley 29/2006.

En un pasado reciente, el año 2014, podemos citar el Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, que se promulgó para la transposición de la Directiva 2011/24/CE de aplicación de los derechos de los pacientes en la especial situación mencionada de asistencia sanitaria, modificándose, además, el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación, modificando el sistema de prescripción al cambiar los modelos de receta.

El Real Decreto 177/2014, de 21 de marzo, regula el sistema de precios de referencia y de agrupaciones homogéneas de medicamentos en el Sistema Nacional de Salud y determinados sistemas de información en materia de financiación y precios de los medicamentos y productos sanitarios. Es de destacar que este rango normativo (Real Decreto) había sido sugerido por el Consejo de Estado⁴¹, como adecuado por su superior rango, dentro de las disposiciones no legislativas. Esta norma es objeto de desarrollo a través de la Orden SSSI/1225/2014, que determina que, para la conformación de los conjuntos, basta con que el medicamento o su ingrediente activo principal hayan sido autorizados en un estado miembro de la UE con una antelación mínima de diez años.

El Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, en su artículo 87.2 establece la preferencia de utilizar la prescripción por principio activo para procesos agudos o primera prescripción en los procesos crónicos.

El impacto de la actuación estatal no tiene su origen, solamente en el sector normativo, sino que se encuentra en otro tipo de acciones estratégicas. Hay que citar, aquí, la actividad de la central de compras de medicamentos, por ejemplo.

Las Comunidades Autónomas, por su parte, también se han sumado a las políticas financieras de control del gasto, fundamentalmente a través de medidas agrupadas en tres sectores diferenciados: exclusión de medicamentos de la financiación pública⁴²; establecimiento de protocolos o algoritmos de dispensación y convocatoria de concursos por equivalentes terapéuticos

40 Dictamen 167/2014, de 27 de febrero.

42 Competencia atribuida, en el artículo 93.1 del Real Decreto Legislativo 1/2015, al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

y subastas de medicamentos.

En este escenario, económicamente difícil para la industria farmacéutica, no se podía obviar una reacción de la misma y se ha desarrollado, durante el año 2014, a partir del mes de julio, un proceso de diálogo con los Ministerios de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Hacienda y Administraciones Públicas con el objetivo de que se permita vincular la evolución del gasto en medicamentos a la evolución de la economía española.

En el ámbito europeo e internacional una inquietud habitualmente expuesta es la de fomentar la proactividad de la industria farmacéutica con las instituciones europeas y los Estados miembros, con un enfoque global que persiga un equilibrio entre la sostenibilidad de los sistemas sanitarios y el acceso a las innovaciones, reconociendo la aportación social y económica de la industria farmacéutica. La acogida de estos planteamientos es positiva en el entorno europeo, habida cuenta de la consideración de la Comisión Europea hacia la industria farmacéutica como un sector estratégico para el liderazgo industrial europeo.

Entre las iniciativas europeas debemos hacer mención de algunas de especial significado en la materia que nos ocupa: a) Directiva 2011/62/EU sobre medicamentos falsificados, que obliga a identificar individualmente los envases de medicamentos y a verificar su autenticidad. b) Acuerdo intergubernamental para constituir una sala única del Tribunal Europeo sobre patentes para productos químicos y farmacéuticos, con sede en Londres. c) Propuesta para la modificación del Reglamento 1215/2012 relativo a la competencia judicial y el reconocimiento y la ejecución de resoluciones judiciales en materia mercantil y civil. d) Adopción de un enfoque pragmático en materia de protección de datos personales, asegurando que los datos utilizados en investigación biomédica merezcan una especial consideración en la normativa europea. e) Propuesta de Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo sobre ensayos clínicos de medicamentos de uso humano. f) Publicación de datos de ensayos clínicos con las condiciones de claridad y transparencia⁴³.

43 EFPIA ha inaugurado un espacio online destinado exclusivamente a la llamada “transparencia responsable” en la publicación de datos sobre ensayos clínicos <http://transparency.efpia.eu/clinical-trials>.

EL ESPACIO AUTONÓMICO

La importancia y diversidad de las políticas en materia de medicamentos en las distintas Comunidades Autónomas condiciona una intensa atención por parte de la industria farmacéutica a este escenario de capital importancia. Veamos con detenimiento cual es la actual situación.

El proyecto de implantación de la receta electrónica ha seguido progresando y avanzando en su interoperabilidad. La prescripción electrónica (bajo cuyo formato se hacen en el conjunto estatal el 75 % de dicha actividad) cuenta con implantación en los ámbitos de Atención Primaria, Atención Especializada y oficinas de farmacia en Galicia (100 %) y un alto porcentaje (entre el 84 % y el 95 %) en Extremadura, País Vasco, Baleares, Comunidad Valenciana y Andalucía. Han llevado a cabo la implantación en Atención Primaria y Especializada, las Comunidades de Aragón, Asturias, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Cataluña, La Rioja, Madrid y Navarra.

Por otra parte, no encontramos la historia clínica digital del Sistema Nacional de Salud, concebida con el objeto de facilitar un acceso más cómodo y seguro a la documentación clínica, desde cualquier punto del SNS, solamente por personal autorizado para ello. Este proyecto, liderado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad⁴⁴ y en colaboración con las 17 Comunidades Autónomas y el Instituto de Gestión Sanitaria (INGESA) tiene ya conectadas a 16 Comunidades y al referido ente institucional.

Con independencia de lo apuntado, respecto de las herramientas electrónicas, para el espacio autonómico, hay algunas cuestiones destacables de algunas de las Comunidades, respecto de su gestión en lo relativo al medicamento. Si las perspectivas con la Administración central no conducen a demasiado optimismo, la complejidad y diversidad de las políticas autonómicas sobre el medicamento obligan a una intensa y continuada actividad de seguimiento. Objeto de atención han sido algunas herramientas tecnológicas, como la prescripción electrónica o la historia clínica digital. En el aspecto organizacional y normativo motivaron inquietud la subasta de medicamentos o el Acuerdo Marco para la homologación de principios activos (Andalucía), la exclusión de determinados medicamentos de marca de los sistemas de prescripción electrónica o la sustitución por equivalentes

44 En el marco del Programa Sanidad en Línea.

terapéuticos (Castilla-La Mancha), el sistema de tarifa farmacológica/paciente/mes, para determinados medicamentos (Cataluña), los algoritmos de decisión terapéutica corporativos (Comunidad Valenciana), el catalogo priorizado de medicamentos (Galicia), sustitución de determinados medicamentos por cuatro genéricos (País Vasco).

Se exponen, seguidamente, algunos de los aspectos más destacables en el espacio autonómico.

- Andalucía. A través del Decreto Ley 3/2011, de 13 de diciembre, de medidas urgentes, sobre prestación farmacéutica del sistema sanitario público de Andalucía, se modificó la Ley 22/2007, de 28 de diciembre, de farmacia de Andalucía, introduciendo un sistema de adquisición de medicamentos a través de “subasta”, entre los de dispensación obligatoria en aquellos casos en los que el médico efectúe su prescripción por el criterio de principio activo. Objeto, esta normativa, de disposiciones posteriores de desarrollo, motivó que el Gobierno de España interpusiera un conflicto de competencias ante el Tribunal Constitucional por las primeras convocatorias de dicho sistema, al entender que se invadían competencias exclusivas del Estado. Contra las adjudicaciones (de la segunda y tercera convocatoria) se interpusieron, además, sendos recursos contencioso-administrativos. Con estos procedimientos se provoca la ruptura de la unidad de mercado estatal, se distorsiona gravemente la competencia, se genera un desequilibrio en la prestación farmacéutica y supone una fuerte inequidad para los ciudadanos de aquella Comunidad Autónoma.
- Galicia. El Gobierno de España interpuso recurso de inconstitucionalidad contra la Ley 12/2010, de 22 de diciembre, de racionalización del gasto en medicamentos de esta Comunidad. Esta Ley creaba un catálogo priorizado de medicamentos por el que sólo se financiarían en ese espacio geográfico, con cargo a fondos públicos, los medicamentos de menor precio de los principios activos incluidos en el catálogo por la Xunta. El Tribunal Constitucional resolviendo el mencionado recurso, lo desestimó por entender que no se vulneraban competencias del Estado, si bien es de destacar la formulación al respecto de votos particulares muy documentados y valorables.

Un aspecto destacable es el relativo a los acuerdos tomados en 2010 y 2012, en el seno del Consejo Interterritorial del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, acerca del establecimiento de un procedimiento de compras agregadas, para el conjunto del sistema Nacional de Salud, al que las distintas Comunidades pudieran adherirse de forma voluntaria. Este planteamiento inicial fue confirmado por el Real Decreto Ley 16/2012, en su Disposición Adicional Cuarta. El propósito, lógico por otra parte, era garantizar, una vez más, la equidad en el acceso de los pacientes a los medicamentos y productos sanitarios. Se han convocado varios concursos de compra centralizada, a través del modelo de Acuerdo Marco.

COOPERACIÓN CON EL MUNDO DE LOS PACIENTES

La Mesa Permanente de Diálogo que mantiene el sector con las organizaciones de pacientes constituye un foro singular en el que se encuentran representadas más de 20 federaciones y confederaciones de asociaciones de pacientes. Celebra sus reuniones a instancia de cualquiera de las partes y ha abordado relevantes cuestiones como tratamientos innovadores, las modificaciones operadas en la receta por los cambios normativos o la inequidad en el acceso al medicamento en las distintas Comunidades Autónomas.

No cabe duda de que el mundo de los pacientes y su relación con el conjunto de los actores sanitarios adquiere progresiva relevancia en el escenario sanitario actual. En ese sentido, la Comisión Europea está desarrollando cursos de formación, elaborando material informativo y abriendo una biblioteca en Internet para formar a los representantes de los pacientes y al público en general acerca de aspectos relevantes del mundo del medicamento. Esta plataforma recibe el nombre de EUPATI⁴⁵.

LA INNOVACIÓN TECNOLÓGICA EN MEDICAMENTOS

La Plataforma Tecnológica Española Medicamentos Innovadores (PTEMI)⁴⁶ es una iniciativa promovida por la industria farmacéutica, en colaboración con instituciones académicas, investigadores y Administraciones públicas con

45 Academia Europea de Pacientes sobre Innovación Terapéutica.

46 Referencia española de la IMI (*Innovative Medicines Initiative*).

el objetivo de fomentar la I+D en medicamentos innovadores en España. Su portal de comunicación⁴⁷ se presenta como referente de la investigación biomédica farmacéutica y sirve como punto de encuentro y coordinación de todos los participantes.

Esta plataforma desarrolla actividades con el objeto de incentivar la colaboración internacional y dar soporte a las entidades interesadas en dicha acción conjunta.

Es destacable la participación en la Academia Europea de Pacientes Sobre Innovación Terapéutica (EUPATI), proyecto integrado por 29 organizaciones, lideradas por el Foro Europeo de Pacientes, con el objetivo de culturizar a los pacientes en el terreno de la innovación terapéutica.

EL CÓDIGO DE BUENAS PRÁCTICAS Y LOS ÓRGANOS DEONTOLÓGICOS

Los comportamientos bajo patrones de ética son un requerimiento imprescindible en cualquier sector profesional, pero en el sector de la salud constituyen un valor inexcusable.

Desde el 1 de enero de 2014 se han unificado los dos Códigos que existían con anterioridad, siendo uno de los aspectos destacables del nuevo sistema de autorregulación la transparencia.

La existencia de normas sin posibilidad de controlar su cumplimiento carecen de valor. Durante el primer semestre de cada año, los laboratorios deben publicar aquellos pagos o transferencias de valor realizadas durante el año anterior⁴⁸ a profesionales y organizaciones sanitarias por donaciones de actividades formativas y reuniones científico profesionales, y prestación de servicios en investigación y desarrollo.

La Unidad de Supervisión Deontológica, órgano responsable del seguimiento de estas cuestiones, ha mantenido encuentros con los laboratorios farmacéuticos y con los principales grupos de interés con quienes interactúa la industria del ramo, especialmente autoridades sanitarias y sociedades científicas, con el objeto de dar a conocer y difundir el sistema de autorregulación.

47 www.medicamentos-innovadores.org.

48 La primera publicación tendrá lugar en 2016, con los datos de 2015.

LA INELUDIBLE PREOCUPACIÓN POR EL MEDIO AMBIENTE

La Legislación Medioambiental⁴⁹ viene obligando a todas las empresas a garantizar la correcta gestión medioambiental de los residuos generados por los envases de sus productos. La Legislación Sanitaria (Ley 29/2006, de Garantías y Uso Racional de Medicamentos y Productos Sanitarios⁵⁰) por su parte, exigía a los laboratorios farmacéuticos el tratamiento medioambiental de los restos de medicamentos no utilizados o caducados, provenientes de los domicilios de los ciudadanos consumidores de los mismos. El Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Garantías y Uso racional de Medicamentos y Productos Sanitarios, por su parte, en el artículo 15.6 recoge la obligación de incluir en los envases los símbolos aprobados por la AEMPS⁵¹ para favorecer la recogida de medicamentos y la consiguiente protección del medio ambiente. Los laboratorios mencionados dan cumplimiento a estas obligaciones legales a través de SIGRE (Medicamento y Medio Ambiente), entidad sin ánimo de lucro creada por la industria farmacéutica, con la colaboración de la distribución y de las oficinas de farmacia, para garantizar la correcta gestión medioambiental de los mencionados residuos.

Industria farmacéutica. Sector de genéricos.

VALORES

El medicamento no es un producto prescindible en el mundo sanitario. Se trata de un elemento insustituible en el cuidado de la salud. Un medioambiente adecuado, estilos de vida saludables y una organización asistencial desarrollada son elementos configuradores de un adecuado estado de salud de la población; pero sin el medicamento, este conjunto pierde su coherencia y utilidad final.

Es preciso destacar, de entre la tipología de los medicamentos, a los conocidos como genéricos. Se trata de un auténtico regulador del precio en el mercado, a corto y largo plazo, evitando deslizamiento a tratamientos más

49 Ley 11/1997, de Residuos y Envases y Ley 22/2011 de Residuos y Suelos Contaminados.

50 Derogada por el RDLeg. 1/2015, todas las referencias efectuadas a la misma se entiende hechas al citado Real Decreto Legislativo.

51 Agencia española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

costosos. El medicamento genérico es una herramienta competitiva para que las marcas, con patentes terminadas, también bajen el precio.

El mencionado Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, que aprueba el texto refundido de la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios, define, en su artículo 2 h. el medicamento genérico como *“todo medicamento que tenga la misma composición, cualitativa y cuantitativa, en principios activos y la misma forma farmacéutica y cuya bioequivalencia con el medicamento de referencia haya sido demostrada por estudios adecuados de biodisponibilidad.”*

El aspecto mencionado, de impacto económico, tiene una enorme trascendencia en cuestiones de la máxima relevancia, como asegurar el acceso a medicamentos esenciales de forma coste-eficiencia, lo que implica un impacto positivo en la reducción del gasto sanitario y, por tanto, su contribución al sostenimiento del Sistema Nacional de Salud. En este aspecto, el resultado es la liberación de recursos económicos para invertirlos en otras áreas de salud, incluida la financiación de nuevos innovadores e I+D.

IMPORTANCIA COMO SECTOR INDUSTRIAL

A pesar de su recesión en los últimos años, como veremos seguidamente, se trata de un sector comprometido en los aspectos que a continuación se señalan:

- Productividad: Mejora de la ratio de productividad manteniendo el nivel de empleo.
- Producción nacional: Correspondencia entre fabricación y consumo. 7 de cada 10 genéricos consumidos en España se fabrican en nuestro país. Además, cuatro compañías de genéricos, con plantas de producción en España, se encuentran en el Top10 del mercado total en producción de unidades.
- Mejora de los procesos productivos, reduciendo los gastos de explotación por medio de una reinversión en mejoras productivas de Innovación y Desarrollo (I+D), lo que ha permitido un incremento en el acceso a mercados internacionales.
- Contribución positiva al Producto Interior Bruto, manteniendo una tasa positiva en torno al 28 % sobre la media nacional en los últimos años.

EL GENÉRICO EN CIFRAS

Desde la entrada en vigor del Real Decreto-Ley 16/2012 se observa un impulso en el crecimiento del consumo de genéricos. La incorporación de los medicamentos genéricos en el consumo ha sido creciente año a año. En 2012 se ha superado en más de 4 veces el porcentaje de consumo de envases de genéricos frente al total de medicamentos de 2003: de un 8,8 %, ha crecido a un 39,7 % y en el importe facturado, se ha pasado de un 6 % del año 2003 a un 18,4 %, en 2012. Castilla y León (48,7 %), Cataluña (45 %), Madrid (43,7 %) y Andalucía (43,5 %) son las Comunidades Autónomas que han tenido mayor porcentaje de consumo de envases de genéricos respecto al total de medicamentos, y con los porcentajes más bajos se encuentran Murcia (28 %), Asturias (30,5 %) y La Rioja (31,1 %)⁵².

Hay que constatar, como dato indicativo, que se ha producido en los últimos años una fuerte ralentización de la introducción en aspectos como el lanzamiento de nuevos genéricos. Así, en el lustro 2005-2010 fue del 70 %, en el bienio 2011-2012 se redujo al 49 % y en el bienio 2013-2014, se quedó en el 22 %.

Esta misma tendencia se ha constatado, en los últimos años, en otro aspecto como la evolución de crecimiento, en los que se registró, también, un descenso continuado. En 2011 alcanzó un 42 %, en 2012 supuso un 25 %, en 2013 bajó a un 10 %, mientras que en 2014 tan sólo registró un 7 %.

ELEMENTOS INCENTIVADORES DEL USO DE GENÉRICOS

En primer lugar, se debe señalar su decidida y constatada aceptación por la ciudadanía.

Por otra parte, si hacemos consideraciones a futuro, podemos mencionar como una palanca de incentivación la formación de los nuevos conjuntos y, en su caso, agrupaciones homogéneas del Sistema de Precios de Referencia cuando haya transcurrido un tiempo razonable (6-9 meses) desde el lanzamiento de un nuevo genérico.

⁵² Información y estadísticas sanitarias 2014. MSSSI.

CAUSAS DE LA RALENTIZACIÓN DE SU IMPLANTACIÓN

También muy variados los actores y los espacios, a pesar de los criterios de incentivación y aceptación señalados. Sirvan como ejemplo las siguientes:

- Ausencia de diferencia de precio entre el genérico y la marca.
- Probable aplicación “automática” de las siglas EFG a las marcas con patentes caducadas.
- Diferentes normativas autonómicas (subastas andaluzas, algoritmos, etc).

Como elementos negativos, junto con los anteriores, para la implantación del medicamento genérico pueden considerarse.

- Distinta interpretación y aplicación de la legislación en los diferentes espacios autonómicos.
- Insuficientes incentivos para prescribir (MG,s y especialistas), dispensar (farmacéuticos) y demandar (pacientes).
- Frecuentes campañas de confusión y desprestigio contra los genéricos.

Distribución farmacéutica

Nadie discute la importancia del medicamento en el mundo sanitario y la necesidad de hacerlo llegar a la población, en condiciones de accesibilidad, seguridad y calidad. Se trata de un sector intervenido públicamente y todos los agentes que en él participan están supervisados por parte de las autoridades sanitarias, que exigen estrictos requerimientos de funcionamiento y que inspeccionan regularmente su cumplimiento. Incluso el precio de la inmensa mayoría de medicamentos, del que dependen los ingresos de los tres agentes que veremos a continuación, es fijado por el poder público. Es decir, el sector está sometido a una doble intervención por parte del poder público, que establece costosas exigencias de funcionamiento y tutela sus ingresos.

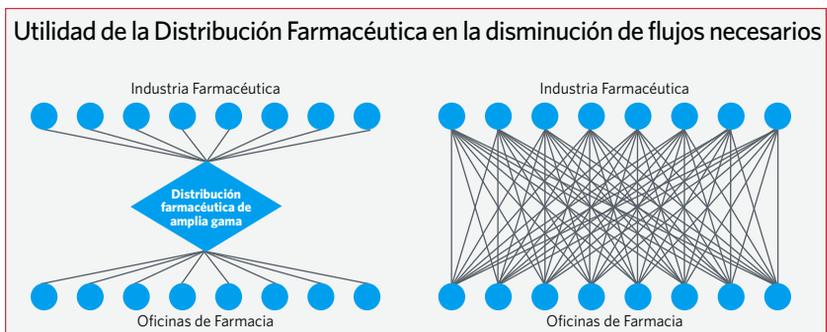
En este escenario se sitúan tres agentes en tres momentos perfectamente diferenciados:

- Los laboratorios fabricantes de medicamentos de productos sanitarios, quienes tras la fase de investigación y de la obtención de la autorización o marcado CE de la Administración sanitaria u organismo notificado, ponen aquellos productos en el mercado.

- Las entidades de distribución, que ponen a disposición de las farmacias los medicamentos comercializados por los laboratorios.
- Las oficinas de farmacia, que dispensan a los ciudadanos los medicamentos recibidos de los distribuidores o directamente de los laboratorios.

La función sanitaria de la distribución de gama completa es esencial para la salud pública, al garantizar que todas y cada una de las farmacias accedan, en igualdad de condiciones, a todos y cada uno de los medicamentos comercializados, con independencia de la ubicación y capacidad de compra de las farmacias y del precio y rotación de los medicamentos. Es así como se asegura que toda la población española tenga idénticas condiciones de acceso a todas las especialidades farmacéuticas disponibles, independientemente de su lugar de residencia. De hecho, en España, todas las farmacias, en mayor o menor proporción, tienen que suministrarse de algún mayorista de gama completa, sencillamente porque la mayoría de los medicamentos cuya distribución no es rentable sólo está disponible en estas entidades de distribución.

El cometido de la distribución, en el mundo del medicamento, es servir de puente entre la industria farmacéutica y las oficinas de farmacia. La distribución farmacéutica de amplia gama ofrece un servicio de calidad a precio competitivo. Su modelo logístico simplifica la red y disminuye el número de transacciones, posibilitando la liberación de recursos administrativos en todos los actores. En la imagen derecha, de las que se ofrecen a continuación, podemos examinar los flujos relacionales a que se verían obligadas las farmacias de no existir la figura intermedia de la distribución farmacéutica, que se representa en la primera imagen.



Fuente: FEDIFAR (Federación de Distribuidores Farmacéuticos)

LA DISTRIBUCIÓN DE AMPLIA GAMA

Las empresas de distribución farmacéutica que encajan en esta definición efectúan una compensación, detrayendo recursos de las operaciones más rentables, para emplearlos en aquellas otras que son deficitarias. Es decir, detraen el beneficio en el suministro de los productos caros y de alta rotación para subvencionar el servicio de los productos baratos y de baja rotación, del mismo modo que emplean los ingresos en el servicio a las farmacias ubicadas en los núcleos urbanos para subvencionar el servicio a las ubicadas en poblaciones remotas. Esta forma de realizar el suministro justifica la denominación de “modelo solidario de distribución”.

MISIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN FARMACÉUTICA

Se trata de lograr un modelo eficiente de distribución, orientado al beneficio del paciente y actuando como socio estratégico de las Administraciones públicas. El horizonte es la imprescindible eficiencia económica y organizativa en el desempeño de cuatro funciones clave:

- A. Garantizar el acceso a la población de todos los medicamentos y productos sanitarios, a través de un modelo de logística eficiente, optimizando distancias y tiempo de servicio y protegiendo el medioambiente.
- B. Proteger la salud pública, a través de la seguridad de abastecimiento de medicamentos y productos sanitarios, y de la gestión de las devoluciones (logística inversa). Además, la distribución es una pieza clave en sentido contrario, en la retirada del mercado de los lotes defectuosos de medicamentos y otros productos, haciéndose cargo de la retirada propiamente dicha, bajo el control farmacéutico del Director Técnico e informando de los resultados a la Administración Pública.
- C. Colaborar con las Administraciones públicas, canalizando la implementación de las políticas farmacéuticas impulsadas por aquellas, de manera ágil y exitosa, como la receta electrónica en algunas Comunidades Autónomas, el nuevo modelo de precios más bajos y precios de referencia, y la penetración de los medicamentos genéricos.
- D. Prestar servicios de valor añadido a los laboratorios y a las oficinas de farmacia, para acompañarles en su adaptación al entorno cambiante, tanto en el ámbito regulatorio como en su papel como agente sanitario.

La clasificación de agentes, al principio expuesta (laboratorios fabricantes, mayoristas de distribución y oficinas de farmacia), queda ampliada y ajustada a la realidad final cuando añadimos otros dos sujetos: el paciente y la Administración Sanitaria, con los que se completa el repertorio de sujetos presentes en este escenario.

VISIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN FARMACÉUTICA

Se trata de la mejora del sistema en continua colaboración con los distintos agentes sanitarios, mediante el ejercicio de las siguientes acciones:

- Mantener su estrecha colaboración con la oficina de farmacia en el desarrollo de su rol como agente sanitario.
- Afianzar esta relación, no sólo con las oficinas de farmacia, sino también con los laboratorios, para asegurar una mejora continua en la cadena del medicamento y en la atención a los pacientes.
- Funcionar como canalizador de futuras políticas y estrategias de mejora del sistema sanitario impulsadas por la Administración Pública.
- Continuar en la línea de innovación, utilizando la tecnología más eficiente.
- Mantenerse en la trayectoria de configurarse como un sector que impulsa el empleo estable y sostenible, generando riqueza.

VALORES DE LA DISTRIBUCIÓN FARMACÉUTICA

El ideario y la estrategia de una distribución de calidad, eficiente y segura, debe contar con dos objetivos claros en su actuación: velar por el mantenimiento de las características óptimas de los fármacos y de los productos sanitarios durante su almacenamiento y distribución, por una parte, y, por otra, difundir y gestionar las alertas sanitarias y la distribución de los fármacos urgentes. En este contexto general, podemos enunciar los valores que aporta este relevante sector, a través de las acciones que se mencionan:

1. Contribución al buen funcionamiento de nuestro sistema sanitario
 - Apoyando la gestión del cambio de las oficinas de farmacia y de los laboratorios.
 - Dinamizando la implantación de las medidas impulsadas por la Administración.

- Aprovechando las oportunidades y anticipándose a los cambios del entorno.
- Proporcionando facilidad, accesibilidad y agilidad en el desarrollo de negocio.
- Colaborando con los Colegios profesionales de farmacéuticos y con las Organizaciones Empresariales de Farmacia en el impulso de medidas de mejora del sistema sanitario.

2. Aportación de confianza y responsabilidad

- Cumpliendo los objetivos de calidad establecidos.
- Tratando con los agentes del sector con honestidad.
- Concienciando a los empleados de la importancia del trabajo bien hecho.

3. Ética y transparencia en el servicio

- Estableciendo y cumpliendo el código ético en beneficio de la sociedad.
- Preservando la integridad de las operaciones realizadas.

4 Orientación al paciente

- Trabajando en equipo con la máxima eficiencia y eficacia en beneficio del paciente.
- Procurando una mejora continua de la relación con las oficinas de farmacia y los laboratorios en beneficio del paciente a través de programas de formación.

POTENCIALIDADES DE ESTE MODELO

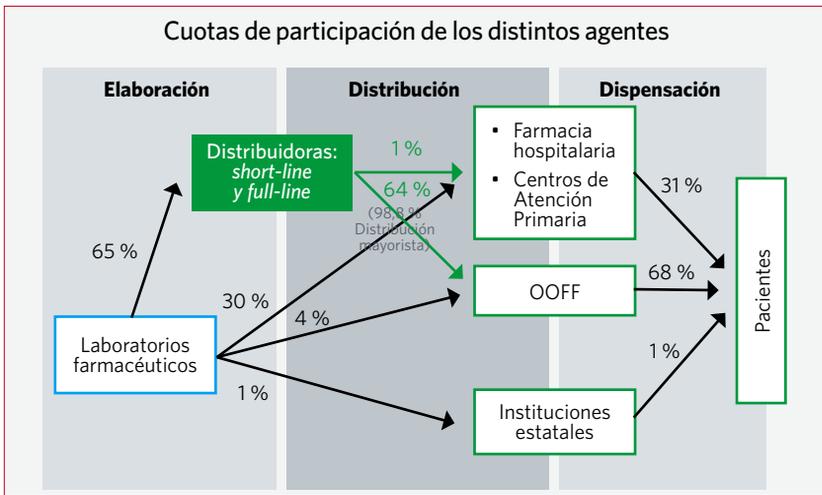
- Realizar la actividad logística directa e inversa al menor coste, asegurando el acceso a los medicamentos y productos sanitarios a toda la población y la protección de la salud pública.
- Asimilar los cambios del entorno de forma ágil y exitosa, anticipándose a ellos, sin alterar la calidad del servicio ofrecido.
- Dinamizar la implementación de las medidas impulsadas por las Administraciones Públicas a lo largo de la cadena del medicamento, aportando estabilidad y solidez al sistema sanitario.
- Acompañar a las oficinas de farmacia y a los laboratorios en su adaptación

al nuevo rol como agentes sanitarios, a través del desarrollo de servicios que les proporcionan eficiencia operativa.

SEGMENTACIÓN DEL TEJIDO EMPRESARIAL DEL SECTOR

La Distribución Farmacéutica proporcionó empleo en 2015 a unas 7.000 personas y una facturación de 10.370 millones de euros anuales, lo que significa un crecimiento desde 2013, de un 1,1 %.

El mercado mayorista se integra en su práctica totalidad (98,8 %) por distribuidores mayoristas tradicionales de amplia gama o *full-line wholesalers*. Podemos examinar en el siguiente gráfico las cuotas de mercado de los agentes de la cadena del medicamento y productos farmacéuticos, en los diferentes momentos de dicha cadena: la fabricación, la distribución y la dispensación.



Fuente: FEDIFAR (Federación de Distribuidores Farmacéuticos)

El modelo más habitual de este tipo de agentes es el de cooperativas, representando, en 2015, el 75,2 % de la cuota de mercado del mercado mayorista.

Distintas figuras intervinientes en la distribución farmacéutica		
TIPOLOGÍA	CUOTA DE MERCADO	Nº DE EMPRESAS
Cooperativas	75,2 %	30
Sociedades mercantiles de otro tipología	18,8 %	18
Centro farmacéutico (S. A. con farmacéuticos titulares de farmacias como accionistas)	6 %	4
Total	100 %	52

Fuente: FEDIFAR (Federación de Distribuidores Farmacéuticos)

El número total de empresas del sector es, en 2015, de 52, de las que los 5 principales grupos representan el 61,8 % del mercado mayorista, destacando, con notoria diferencia sobre los demás, el Grupo Cofares, como puede examinarse en el siguiente cuadro.

SOCIEDADES DE DISTRIBUCIÓN FARMACÉUTICA				
Cuota de participación en el mercado en 2014				
Grupo Cofares	Grupo Alliance Healthcare	Grupo Cecofar	Hermanidad Farmacéutica Mediterránea	Federación Farmacéutica
24,54 %	11,65 %	10,47 %	6,69 %	5,6 %

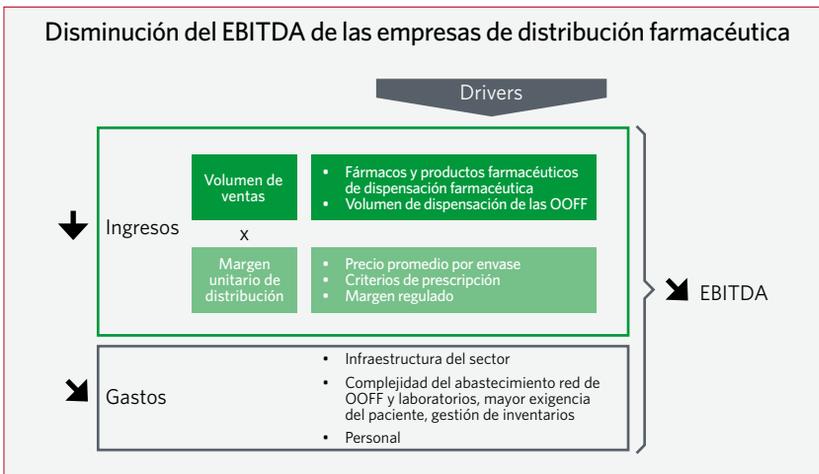
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de IMS HEALTH

EL DIFÍCIL EQUILIBRIO ECONÓMICO DE LA DISTRIBUCIÓN FARMACÉUTICA
 Como hemos mencionado con anterioridad, el modelo solidario de distribución se fundamenta en un delicado equilibrio entre la distribución de medicamentos que, por su baja rotación o precio, necesitan ser subsidiados por aquellos de precio elevado y alta rotación. A pesar de la concienciación acerca de la importancia de mantener este equilibrio y de la inquietud de la distribución en ello, sin embargo, una serie de factores sobre los que los

almacenes de amplia gama no tienen control están alterando este equilibrio y, lo que es más preocupante, la proyección de estos factores para los próximos años señalan claramente que esta situación tiende a agravarse.

El Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo, por el que se establecen los márgenes, deducciones y descuentos correspondientes a la distribución y dispensación de medicamentos de uso humano, establece un margen para la distribución de medicamentos de uso humano del 7,6 % sobre el precio de venta del distribuidor sin impuestos, para todas las presentaciones cuyo precio de venta de laboratorio sea inferior a 91,63 euros. A partir de ese precio, el margen se convierte en una cantidad fija de 7,54 euros por envase, por elevado que pueda llegar a ser el precio del medicamento.

Los cambios en el entorno regulatorio de las actividades de la industria farmacéutica, la distribución farmacéutica y las oficinas de farmacia han hecho que el EBITDA⁵³ de las empresas del sector de la distribución farmacéutica haya disminuido en los últimos años.



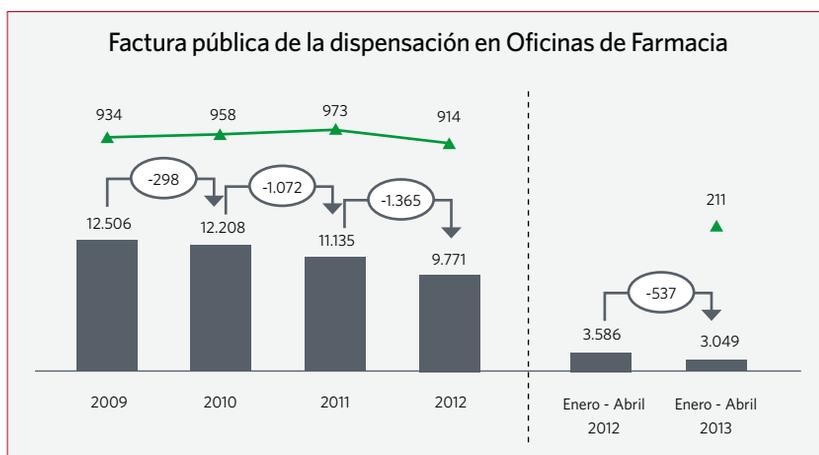
Fuente: FEDIFAR (Federación de Distribuidores Farmacéuticos)

A Evolución de los ingresos

La factura pública en medicamentos y productos sanitarios ha experimentado una notoria y progresiva reducción en los últimos años. Las herramientas

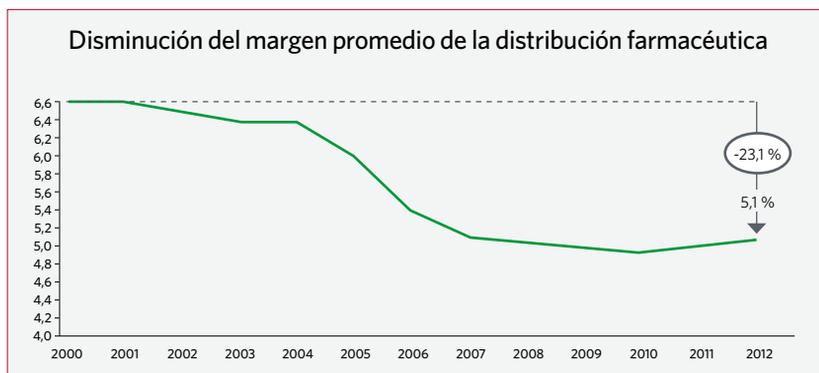
53 Beneficio bruto de explotación calculado antes de la deducibilidad de los gastos financieros.

utilizadas para conseguirlo han sido el decremento del volumen de ventas de las oficinas de farmacia, y las sucesivas reducciones de precio de los fármacos motivadas por normativa y medidas públicas dirigidas con ese propósito. Desde el año 2009 hasta abril 2013, la factura pública en medicamentos y productos sanitarios de dispensación a través de la oficina de farmacia ha experimentado una continua y progresiva minoración, disminuyendo en el período 2009 a 2012 en 2.735 millones de euros.



Fuente: FEDIFAR (Federación de Distribuidores Farmacéuticos)

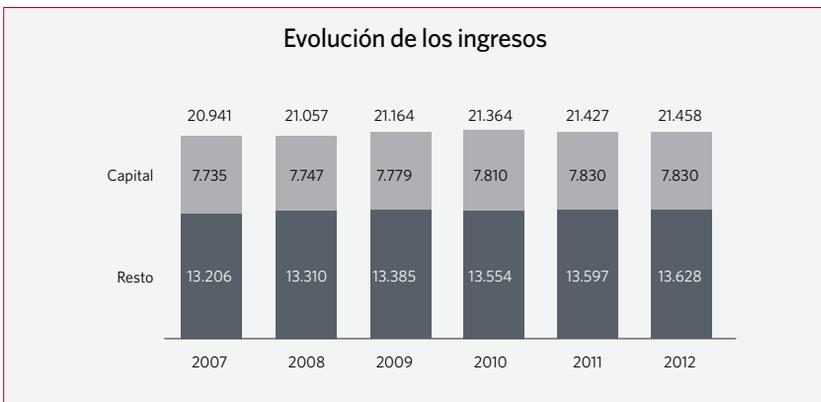
La combinación de estos factores ha derivado en la disminución del margen promedio de la distribución farmacéutica de un mix representativo sobre el PVP IVA en el período 2000-2012 de 23,1 %, alcanzando en 2012 el valor de 5,1 %.



Fuente: FEDIFAR (Federación de Distribuidores Farmacéuticos)

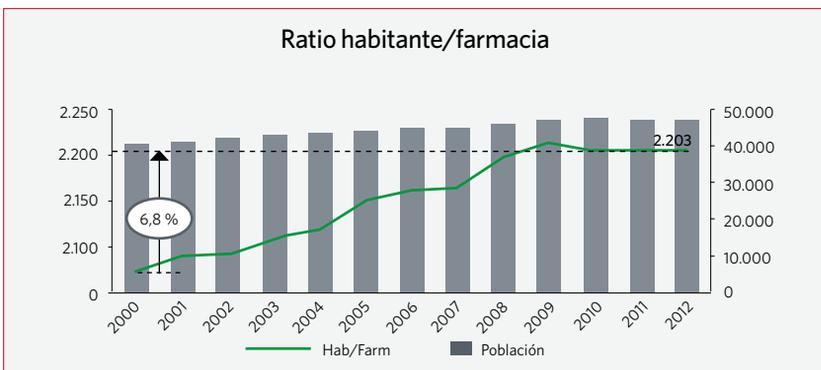
B Evolución de los gastos

Ofrecer un servicio de calidad a las oficinas de farmacia para que éstas puedan satisfacer las necesidades de los pacientes es la vocación de la distribución farmacéutica. Estos establecimientos, a su vez, exponen un mayor grado de exigencia, lo que hace que la disminución de los ingresos no tenga asociada una disminución de la actividad y, por tanto, de los costes operativos. Además, la red de distribución ha adquirido mayor complejidad debido al incremento del número de Farmacias, lento pero sostenido, en número de más de quinientas en el período de cinco años.



Fuente: FEDIFAR (Federación de Distribuidores Farmacéuticos)

Desde el año 2000, por otra parte, la ratio habitantes/farmacia ha aumentado un 6,8 % debido a que la población española en ese período ha crecido un 16,7 % y las oficinas de farmacia lo han hecho en un 9,3 %.



Fuente: FEDIFAR (Federación de Distribuidores Farmacéuticos)

Cada uno de los factores mencionados supone, por sí mismo, una seria dificultad de sostenibilidad económica para la distribución farmacéutica, pero en su actuación conjunta ponen en apuros financieros severos al sector.

OPORTUNIDADES OPERATIVAS QUE OFRECE LA DISTRIBUCIÓN DE GAMA COMPLETA

Hay experiencias en Europa y en España de cómo aprovechando la capacidad logística de las empresas de distribución de gama completa se han obtenido importantes ahorros en el ámbito hospitalario.

En el suministro a las farmacias, las empresas de distribución en España han alcanzado unos niveles de eficiencia excelentes. Los almacenes mayoristas tienen un nivel tecnológico que les permite estar a la cabeza de los países de nuestro entorno en cuanto a eficiencia. Se llevó a cabo en 2011 un estudio comparativo⁵⁴ sobre los niveles de productividad de las empresas de distribución en los diferentes países europeos, quedando España como el país mejor situado.

Esta excelente capacidad logística y operativa podría ser de gran utilidad en otras áreas de la salud, proporcionando importantes ahorros, tan necesarios en los tiempos que corren. El sistema sanitario debe aprovechar las oportunidades operativas que ofrece la distribución de gama completa.

Oficina de farmacia

QUÉ SON Y QUÉ HACEN ESTOS ESTABLECIMIENTOS

La oficina de farmacia es un establecimiento sanitario de interés público⁵⁵, cuya titularidad y propiedad corresponde a uno o varios profesionales sanitarios –el farmacéutico⁵⁶–, sometido a la planificación sanitaria que establezcan las Comunidades Autónomas, en las que el farmacéutico titular o propietario de las mismas, asistido, en su caso, de ayudantes o auxiliares, debe prestar los siguientes servicios básicos (considerados como mínimos) a la población⁵⁷:

54 Roldan Berguer, la prestigiosa consultora Alemana.

55 Ley 16/1997, de 25 de abril, de regulación de servicios de las Oficinas de Farmacia.

56 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (art. 103.4).

57 Ley 16/1997, de 25 de abril, de regulación de los servicios de las Oficinas de Farmacia.

- La adquisición, custodia, conservación y dispensación de los medicamentos y productos sanitarios.
- La vigilancia, control y custodia de las recetas medicas dispensadas.
- La garantía de la atención farmacéutica, en su zona farmacéutica, a los núcleos de población en los que no existan oficinas de farmacia.
- La elaboración de fórmulas magistrales y preparados oficinales, en los casos y según los procedimientos y controles establecidos.
- La información y el seguimiento de los tratamientos farmacológicos a los pacientes.
- La colaboración en el control del uso individualizado de los medicamentos, a fin de detectar las reacciones adversas que puedan producirse y notificarlas a los organismos responsables de la farmacovigilancia⁵⁸.
- La colaboración en los programas que promuevan las Administraciones Sanitarias sobre garantía de calidad de la asistencia farmacéutica y de la atención sanitaria en general, promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad y educación sanitaria.
- La colaboración con las Administraciones Sanitarias en la formación e información dirigidas al resto de profesionales sanitarios y usuarios sobre el uso racional de los medicamentos y productos sanitarios⁵⁹.
- La actuación coordinada con las estructuras asistenciales de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.
- La colaboración en la docencia para la obtención del título de Licenciado en Farmacia, de acuerdo con lo previsto en las Directivas Comunitarias, y en la normativa estatal y de las Universidades por las que se establecen los correspondientes planes de estudio en cada una de ellas.

La consideración como "establecimientos privados (titularidad del farmacéutico) de interés público" es una constante en nuestra normativa sanitaria y así se recogió en la Ley 16/1997, anteriormente citada. La Ley 14/1986 (reseñada con anterioridad) y después en la Ley 29/2006⁶⁰ de 27 de julio,

58 Actividad de salud pública que tiene por objetivo la identificación, cuantificación, evaluación y prevención de los riesgos del uso de los medicamentos una vez comercializados, permitiendo así el seguimiento de los posibles efectos adversos de los medicamentos. Artículo 53.1 del RDLeg. 1/2015, Texto Refundido de la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios.

59 La colaboración entre las Oficinas de Farmacia y el SNS se menciona en el artículo 105 del RDLeg. 1/2015.

60 Derogada por el RDLeg 1/2015, todas las referencias efectuadas a la misma se entienden hechas al citado Real Decreto Legislativo.

de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios se sitúan en idéntica posición.

El Texto Refundido, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, considera a los farmacéuticos, obligados, como "*responsables de la dispensación de medicamentos a los ciudadanos, a velar por el cumplimiento de las pautas establecidas por el médico responsable del paciente en la prescripción y cooperarán con él en el seguimiento del tratamiento a través de los procedimientos de atención farmacéutica, contribuyendo a asegurar su eficacia y seguridad*". Asimismo participarán en la realización del conjunto de actividades destinadas a la utilización racional de los medicamentos, en particular a través de la dispensación informada al paciente⁶¹.

Esta apuesta del legislador a favor del farmacéutico se debe a que éste, como profesional sanitario y propietario titular de la oficina de farmacia, antepone el interés sanitario al interés económico y así se ha puesto de manifiesto en diversos estudios y especialmente por el Tribunal de Justicia de las Comunidades Económicas Europeas⁶².

61 Apartado 1 del artículo 86 del Real Decreto Legislativo 1/2015.

62 "103. Con carácter general es preciso destacar en primer lugar que la regla que prohíbe la tenencia y explotación de una farmacia por quienes no son farmacéuticos constituye una medida destinada a prevenir la aparición de los excesos que antes he señalado, en particular los riesgos de conflictos de intereses que podrían acompañar a una integración vertical del sector farmacéutico y que podrían tener una incidencia negativa en la calidad del acto de dispensación de los medicamentos. Esa dimensión preventiva tiene una especial importancia cuando está en juego el imperativo de protección de la salud pública. Pues bien, el establecimiento de un régimen de responsabilidad tanto del explotador que no sea farmacéutico como de los farmacéuticos por cuenta ajena, y de un régimen de sanciones contra ellos, no me parece suficiente para garantizar un nivel de protección de la salud pública igualmente elevado, ya que se trata principalmente de medidas destinadas a corregir a posteriori los excesos cuando éstos se hayan producido efectivamente. (24)

104. Por otra parte no creo que la mera obligación de presencia de un farmacéutico por cuenta ajena para ejecutar las tareas que implican una relación con terceros pueda garantizar, con la misma exigencia de calidad y de imparcialidad del acto de dispensación de medicamentos, el abastecimiento adecuado de medicamentos a la población.

105. Es cierto que un farmacéutico por cuenta ajena está obligado a respetar las reglas profesionales y deontológicas a las que está sometido. Sin embargo, en la medida en que no tiene el control de la política comercial de la farmacia y está obligado en la práctica a ejecutar las instrucciones de su empleador, no puede excluirse que un farmacéutico por cuenta ajena en una farmacia explotada por una persona que no es farmacéutico se vea inducido a anteponer el interés económico de la farmacia a las exigencias inherentes al ejercicio de una actividad farmacéutica. No se puede por tanto excluir que un explotador que no sea farmacéutico, quien no dispone de la competencia profesional suficiente para evaluar lo que exige el acto de dispensación de medicamentos, caiga en la tentación de reducir la actividad de asesoramiento de los pacientes, o bien de suprimir actividades poco rentables, como la elaboración de preparados farmacéuticos. De ello resultaría una pérdida de calidad del acto de dispensación de los medicamentos, contra la que el farmacéutico por cuenta ajena, obligado a cumplir las instrucciones recibidas de su empleador, difícilmente podría luchar. (Conclusiones del Abogado General SR. Yves Bot Asunto C 531/06, que dio lugar a las sentencias de 19 de mayo de 2009 de la Gran Sala (C 531/06, y los asuntos acumulados C-171/07 y C-172/07))."

<http://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?jsessionid=9ea7d0f130d50d13e4eff0a4468bbe3d5a5ab4d6beb.e34Kaxilc3eQc40LaxqMbN4Oc34Le0?text=&docid=75953&pageIndex=0&doclang=es&mode=lst&dir=&occ=first&part=1&cid=335228>

LA OFICINA DE FARMACIA EN CIFRAS

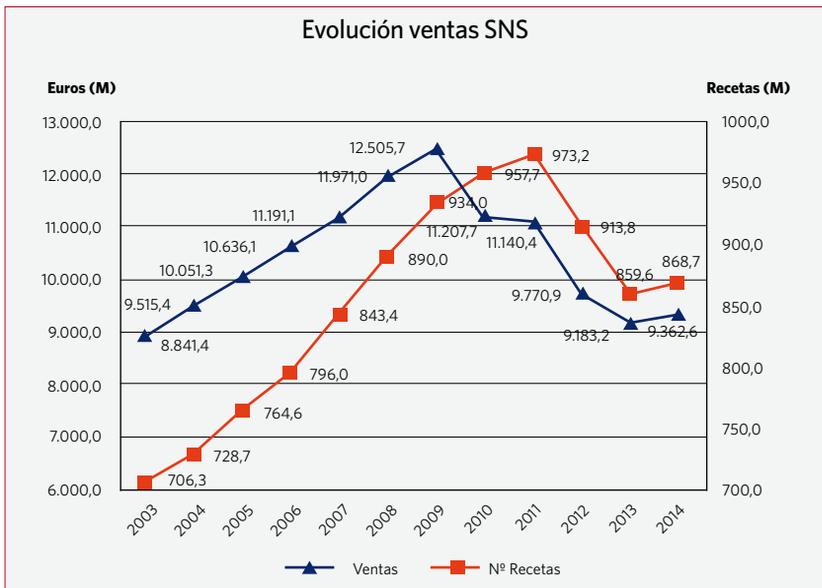
La facturación total de estos establecimientos sanitarios al cierre de 2013 fue de 15.774 millones de euros, incluyendo los descuentos, cifra que aumentó ligeramente en 2014. La venta media por farmacia es de 732.587 euros al año.

En la actualidad, las ventas privadas de medicamentos suponen en torno al 26 -30 % de las ventas totales y sólo el 25 % de las oficinas de farmacia superan la media (aunque existe mucha variedad en el porcentaje de venta privada y de venta financiada por el Sistema Nacional de Salud).

Los servicios remunerados y la venta por Internet no suponen una cantidad significativa de ingresos a la oficina de farmacia.

Mientras la venta privada se mantiene relativamente estable en los últimos años, las ventas al sistema Nacional de Salud han descendido un 26 % desde 2009, situándose en niveles de 2004, pero hay que dejar constancia que estos niveles no se han mantenido con respecto a las recetas dispensadas, sino que han aumentado un 18 % respecto a 2004.

El gasto por receta a cargo del Sistema Nacional de Salud (SNS) en el año 2013 ha sido el más bajo en los últimos 10 años, ascendiendo la facturación media al SNS por farmacia a 426.000 euros (aplicados los descuentos y las aportaciones de los usuarios), sólo el 25 % de las Farmacias supera la media.



Fuente: INFORME ANTARES. Situación y cifras clave de la Farmacia 2014

Las oficinas de farmacia dispensan anualmente más de 860 millones de recetas con cargo al Sistema Nacional de Salud, siendo el gasto medio por receta de 10,68 euros.

Esta actividad a cargo del SNS genera, naturalmente, unos ingresos a todos los agentes del sector que, en el caso de las oficinas de farmacia se traduce en una facturación media, en 2013, de unos 479.000 euros anuales, incluidas las deducciones y descuentos aplicables por el RDL 8/2010 y por el RD 823/2008.

Las farmacias que han sufrido más directamente la adversa situación económica derivada de la aplicación indiscriminada de las medidas de contención del gasto en medicamentos han sido las de menor facturación, hasta el punto de que, desde la Administración Sanitaria se ha reconocido la difícil situación de estas farmacias impulsando medidas dirigidas a garantizar su viabilidad económica.

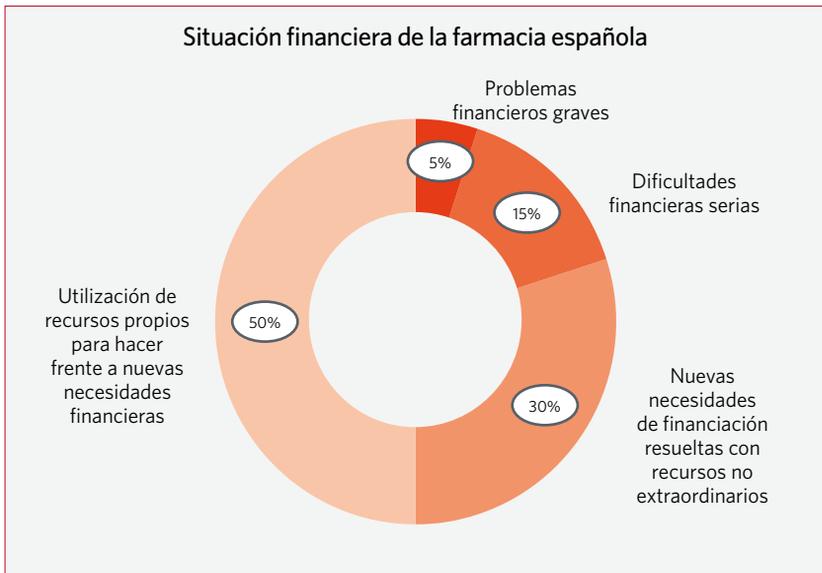
Además de las medidas adoptadas por el Estado y las Comunidades Autónomas para controlar la inversión sanitaria, que han recaído en la prestación farmacéutica mediante la intervención en el precio de los medicamentos, existe una inseguridad jurídica importante ya que además de estar al albur de las políticas cortoplacistas de las Administraciones Públicas, el modelo actual no ha dejado de recibir presiones tanto internas⁶³ como externas hacia un cambio de modelo liberalizado de la oficina de farmacia. A pesar de estas presiones, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y los partidos políticos con mayor representación parlamentaria han reafirmado su apoyo incondicional al modelo actual regulado.

La situación económica ha traído a la oficina de farmacia un hecho insólito. Los retrasos en el pago de la prestación farmacéutica (no sólo del margen profesional del farmacéutico, sino también del coste del medicamento) por parte de la inmensa mayoría de las Comunidades Autónomas, más en alguna de ellas (Cataluña y Comunidad Valenciana) se han hecho endémicas, situación que parece cambiar en una última época, en positivo, es preciso decir.

Esta situación y la rebaja constante en el precio del medicamento o la aplicación de deducciones y descuentos han provocado la creación legislativa de la figura de las FARMACIAS CON VIABILIDAD ECONÓMICA COM-

63 Véase, por ejemplo, E/CNMC/003/15. Estudio sobre el Mercado de Distribución Minorista de Medicamentos, publicado el 21 de octubre de 2015.

PROMETIDA⁶⁴, de forma que ahora se corrigen al alza los márgenes a las Oficinas de Farmacia de menor facturación porque las medidas adoptadas han asfixiado económicamente a las mismas. Pese a todo ello, las Oficinas de Farmacia vienen manteniendo unos 56.000 empleos en los últimos años, sin contar con los titulares o cotitulares de la propia Oficina. El número de empleados de una Farmacia está muy relacionado también con su facturación anual. El 41,5 % de las Farmacias tienen 1 o 2 empleados y otro 33,9 % tiene 3 o 4 empleados. La Farmacia, a pesar de haber disminuido más de un 14 % su facturación total entre 2010 y 2014, ha mantenido el número de empleados (3,8 de media) para poder atender el número creciente de actuaciones sanitarias que realizan además de la dispensación. El número de farmacéuticos empleados en la Farmacia frente a los “no-farmacéuticos” mantiene una proporción alrededor del 36 % en cada uno de los tramos de facturación. En este escenario destaca una característica común: la difícil situación financiera por la que atraviesan, motivada por las diferentes causas expuestas con anterioridad y la incertidumbre acerca de su futuro.



Fuente: INFORME ANTARES. Situación y cifras clave de la Farmacia 2014

⁶⁴ Su regulación puede examinarse en el Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo, por el que se establecen los márgenes, deducciones y descuentos correspondientes a la distribución y dispensación de medicamentos de uso humano.

LAS OFICINAS DE FARMACIA EN LA SOCIEDAD

Nadie puede poner en duda la necesidad del medicamento y del producto sanitario como piezas imprescindibles de la asistencia sanitaria. Se encuentran, estos establecimientos sanitarios, al final de la cadena del medicamento y del producto sanitario, desde la investigación y la fabricación, en sus primeras etapas, hasta las últimas de la distribución y la dispensación. A continuación se detallan las connotaciones sociales de esta actividad:

- El factor humano.

La Oficina de Farmacia, si contamos a los titulares y cotitulares, da empleo a más de 80.000 personas.

La Oficina de Farmacia facilita un empleo de calidad, cualificado, estable y mayoritariamente femenino (tanto entre los farmacéuticos titulares propietarios de Oficina de Farmacia como entre sus empleados, ya sean titulados superiores o no) como podemos ver en el análisis de algunas cifras recogidas al respecto.

Es de destacar, en otro orden de cosas, que el 89,5 % de los empleados de estos establecimientos sanitarios cuenta, en 2015, con contrato indefinido y que el 60 % de los trabajadores tienen titulación universitaria superior.

Como ya hemos comentado anteriormente, la ratio poblacional efectiva, a 31 de diciembre de 2014, en el territorio nacional, era de 2.140. El número medio de habitantes mayores de 65 años por farmacia es de 386.

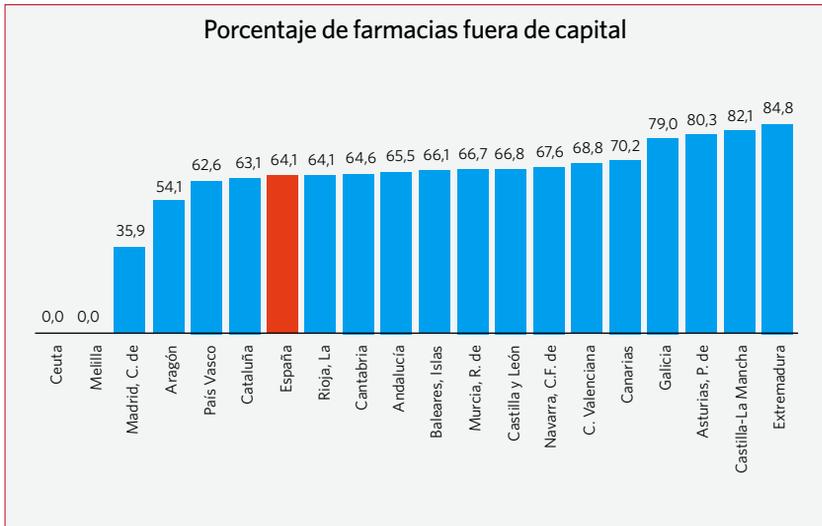
- La ubicación de la Oficina de Farmacia, capilaridad y cercanía. Accesibilidad al medicamento.

A 31 de diciembre de 2014, en España había 21.854 farmacias, 294 más que en 2013. En promedio, en España hay 2,2 farmacéuticos por farmacia.

Es muy importante el peso específico de la Oficina de Farmacia ubicada en localidades que no son capital de provincia. Así, en 2014 se han abierto 357 farmacias, el 95,2 % (340) en municipios que no son capital de provincia y se han cerrado 63 farmacias, 60 de ellas en municipios que no son capital de provincia.

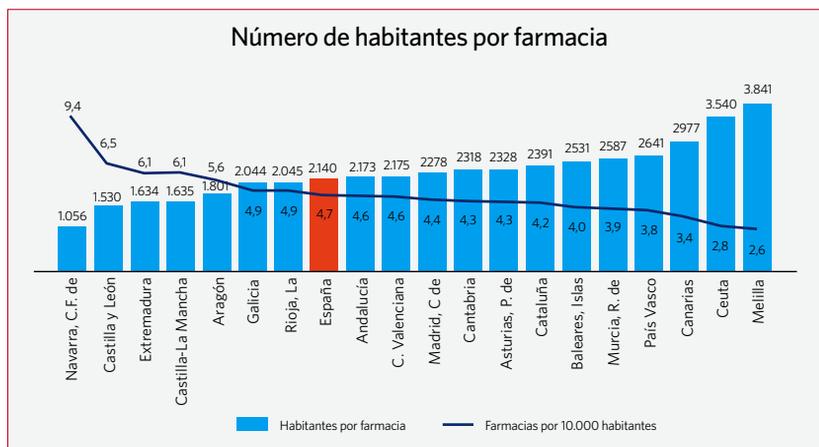
El modelo español de farmacia es de proximidad y accesibilidad al ciudadano, que dispone de una Oficina de Farmacia, en su propio municipio en un 99,8 % de los casos. De hecho, la mayor parte de las farmacias está ubicada en el medio rural y el 75 % se encuentran en municipios de menos

de 5.000 habitantes. El peso de la Oficina de Farmacia rural respecto del conjunto varía mucho entre las distintas Comunidades Autónomas. Siendo en 2015 la media estatal de un 64,1 %, que oscila, como puede verse en el gráfico siguiente, entre casi el 36 % en la Comunidad de Madrid, hasta casi el 85 % en la de Extremadura.



Fuente: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

España es uno de los países europeos que más farmacias tiene por habitante. En nuestro país el número de habitantes por Oficina de Farmacia se sitúa en 2.140, frente a países como Suecia con más de 7.000 habitantes por cada establecimiento de este tipo. A su vez, la anterior cifra conoce variaciones muy importantes en el territorio nacional, desde los casos de mayor dotación de establecimientos, en Navarra o Castilla y León (9,4 y 6,5 farmacias por dicha población, respectivamente) a los de proporción inversa, en Ceuta y Melilla (2,8 y 2,6 farmacias, respectivamente), siendo la media estatal de 4,7 Oficinas por 10.000 habitantes.



Fuente: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

Para garantizar una perfecta distribución y un fácil acceso de los pacientes al medicamento, las más de 21.000 Oficinas de Farmacia forman una red de establecimientos sanitarios perfectamente repartidos por todo el territorio nacional, en base a los criterios de planificación de la Ley estatal 16/1997. Desde la década de los noventa, las diferentes Comunidades Autónomas han establecido en su ámbito territorial, los criterios de planificación de farmacias, en función de módulos geográficos, poblacionales y distancias, teniendo en cuenta las características propias de cada territorio. De esta manera, se ha logrado una distribución homogénea de farmacias. **Esta circunstancia hace que en muchas poblaciones el farmacéutico sea el único profesional sanitario presente en las mismas.**

- Los valores de las Oficinas de Farmacia en la sociedad

La dispensación de medicamentos y productos sanitarios es función principal y razón de ser de la Oficina de Farmacia, pero estos establecimientos sanitarios prestan a la ciudadanía otras atenciones importantes. La cercanía, confianza y accesibilidad que tiene el farmacéutico para el paciente, y que el primero sea el único profesional sanitario en muchos municipios españoles, se refleja en la circunstancia de que el paciente acude a la Oficina de Farmacia en busca de consejo farmacéutico recibiendo éste aunque muchas de las veces ni se le dispense medicamento alguno ni se le venda ningún producto, generando un ahorro al Sistema Nacional de Salud, evitando consultas al médico, empeoramiento de patologías, etc.

En efecto, las Comunidades Autónomas han legislado para que en cada zona farmacéutica esté abierta al público al menos una Oficina de Farmacia (cuando no más de una), es el servicio de guardia que prestan alrededor del 60 % de las Oficinas de Farmacia y garantiza el acceso al medicamento las veinticuatro horas del día los trescientos sesenta y cinco días al año, servicio sanitario que desde el punto de vista económico es gratuito para el ciudadano y las Administraciones, pero no así para el titular de la Oficina.

La Oficina de Farmacia viene realizando campañas a favor de la atención de los ciudadanos y para el uso racional y adecuado de los medicamentos y productos sanitarios: cribados, campañas antitabaquismo y de Salud Pública, farmacovigilancia, Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD), etc.

La Oficina de Farmacia está también comprometida con el medio ambiente, el Sistema Integrado de Gestión y Recogida de Envases (SIGRE) es una herramienta que facilita que los ciudadanos puedan desprenderse de envases y medicamentos caducados y blísteres vacíos y que todos estos elementos reciban el tratamiento ambiental adecuado. La sensibilidad por el cuidado del medio ambiente es una preocupación social extendida y progresiva, a la que el mundo del medicamento (inserto en la atención a la salud) no podía ser ajeno, como es evidente en España.

Pese a que la crisis ha supuesto un descenso de ingresos para el sector, la Oficina de Farmacia no ha disminuido la calidad asistencial que presta al ciudadano, en las distintas facetas de atención hacia él.

En los últimos años, la Oficina de Farmacia es uno de los sectores con menos reclamaciones en los Servicios de Consumo (menos del 0,1 % según el Instituto Nacional de Consumo).

LA OFICINA DE FARMACIA.

EMPRESA DE SALUD EN CONSTANTE EVOLUCIÓN

En 2015, ejercen en la Oficina de Farmacia 47.194 colegiados, el 69 % del total de colegiados de nuestro país. Este porcentaje se eleva hasta el 86,8 % si tenemos en cuenta tan sólo a los colegiados en activo.

Estamos en presencia de un sector empresarial con fuerte protección al empleo femenino. El 71,5 % de los colegiados que ejercen en Oficina de Farmacia son mujeres, como hemos visto con anterioridad, frente al restante 28,5 %, que son hombres.

El número de estos establecimientos sanitarios es muy variable según el

espacio autonómico al que nos referimos, extremo que, en cifras absolutas y porcentuales se contiene en la imagen siguiente, referido al año 2015.

Desde un punto de vista porcentual, como podemos ver, el mayor número se encuentra en Andalucía, Cataluña o Madrid y en el extremo opuesto se sitúan, con el 0,1 % de estos establecimientos, cada una de ellas, en Ceuta y Melilla.

Número de farmacias por autonomía y provincia

AUTONOMÍA/ PROVINCIA	FARMACIAS	% SOBRE TOTAL	AUTONOMÍA/ PROVINCIA	FARMACIAS	% SOBRE TOTAL	AUTONOMÍA/ PROVINCIA	FARMACIAS	% SOBRE TOTAL
Andalucía	3.866	17,7 %	Burgos	202	0,9 %	Castellón	301	1,4 %
Almería	330	1,5 %	León	324	1,5 %	Valencia	1.217	5,6 %
Cádiz	497	2,3 %	Palencia	97	0,4 %	Extremadura	673	3,1 %
Córdoba	405	1,9 %	Salamanca	257	1,2 %	Badajoz	382	1,7 %
Granada	530	2,4 %	Segovia	99	0,5 %	Cáceres	291	1,3 %
Huelva	250	1,1 %	Soria	67	0,3 %	Galicia	1.345	6,2 %
Jaén	309	1,4 %	Valladolid	286	1,3 %	La Coruña	549	2,5 %
Málaga	676	3,1 %	Zamora	166	0,8 %	Lugo	183	0,8 %
Sevilla	869	4 %	Castilla-La Mancha	1.271	5,8 %	Orense	185	0,8 %
Aragón	736	3,4 %	Albacete	243	1,1 %	Pontevedra	428	2 %
Huesca	128	0,6 %	Ciudad Real	311	1,4 %	Madrid, Comunidad de	2.834	13 %
Teruel	105	0,5 %	Cuenca	182	0,8 %	Murcia, Región de	567	2,6 %
Zaragoza	503	2,3 %	Guadalajara	149	0,7 %	Navarra, Comunidad Foral de	601	2,8 %
Asturias, Principado de	456	2,1 %	Toledo	386	1,8 %	País Vasco	829	3,8 %
Baleares, Islas	436	2 %	Cataluña	3.145	14,4 %	Álava	112	0,5 %
Canarias	707	3,2 %	Barcelona	2.275	10,4 %	Guipúzcoa	283	1,3 %
Palma, Las	351	1,6 %	Gerona	342	1,6 %	Vizcaya	434	2 %
Santa Cruz de Tenerife	356	1,6 %	Lérida	195	0,9 %	Rioja, La	156	0,7 %
Cantabria	254	1,2 %	Tarragona	333	1,5 %	Ceuta	24	0,1 %
Castilla y León	1.631	7,5 %	Comunidad Valenciana	2.301	10,5 %	Melilla	22	0,1 %
Ávila	133	0,6 %	Alicante	783	3,6 %	Total	21.854	100%

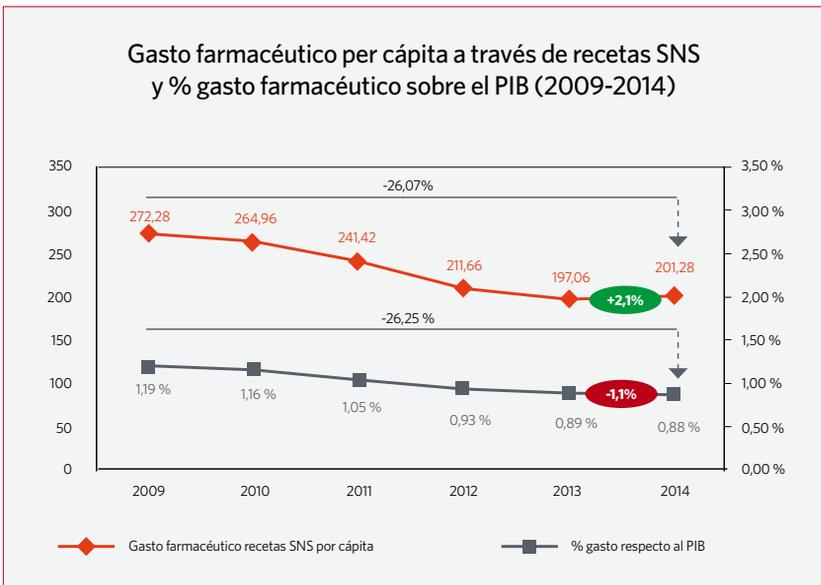
Fuente: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

La Oficina de Farmacia permite conocer de forma fiable y constante la inversión que para el Sistema Nacional de Salud representa la dispensación de recetas con cargo a fondos públicos. Esto se debe a que la Oficina de Farmacia realiza esta tarea mediante la adaptación de los medios de gestión (programas informáticos y robóticos), para implantar la receta electrónica (gasto que asume directamente el titular), y para adaptarse a los medios antifalsificación de medicamentos o de trazabilidad de los envases.

Estos nuevos sistemas supondrán una nueva adaptación por parte de la Oficina de Farmacia que todavía no ha amortizado el coste de la e-receta,

pero, por el contrario, pondrán a su disposición una información precisa sobre la dispensación realizada, lo que le facilitará el control de la farmacovigilancia y podrá mejorar su control de *stock*.

LA SITUACIÓN ECONÓMICA DE LAS OFICINAS DE FARMACIA EN ESPAÑA
Vamos a aportar alguna precisión sobre esta realidad, que venimos aludiendo. Es constatable el descenso continuado, en los últimos años, del importe de la prestación farmacéutica y la consiguiente minoración de la facturación de estos establecimientos sanitarios. Una primera y palmaria descripción gráfica es la exposición de este decremento mencionado, en las cifras de inversión en medicamentos per cápita (en recetas del Sistema Nacional de Salud) y en porcentaje sobre el PIB.



Fuente: INFORME ANTARES. Situación y cifras clave de la Farmacia 2014

Aunque la inversión en medicamentos per cápita, a cargo del Sistema Nacional de Salud aumenta ligeramente (+2,1 %, por primera vez desde 2009) como puede verse en el gráfico, la contribución de esta inversión al PIB sigue con la tendencia negativa y se sitúa alrededor del 0,88 % (-1,1 % respecto a 2013).

La factura de medicamentos, aunque muestra tendencia a la estabilización, se encuentra en el entorno de los 9.300 millones de euros, en números de 2004, cifra considerablemente más baja que en los años entre aquel año y 2014, en continua minoración.

Los datos económicos de la Oficina de Farmacia en España han experimentado una variación ostensible a la baja, con motivo de la entrada en vigor de la normativa dirigida, precisamente, a la contención de la inversión.

Valores medios aritméticos de la oficina de farmacia en España. Comparación del RDL 4/2010, RDL 8/2010, RDL 16/2012 vs. 2012 (en valores corrientes)

	2009	2012
Cifra de negocio	849.407 €	725.627 €
Facturación a SNS	590.895 €	455.351 €
Número de recetas SNS anuales	44.132 recetas	42.586 recetas
Porcentaje facturación SNS/Cifra de negocio	69,6 %	62,7 %
Valor añadido a coste de factores	188.847 €	164.646 €
Personal remuneración	2,77 empleados	2,77 empleados
Compras de bienes y servicios para la reventa	626.742 €	522.602 €
Gastos de personal	69.175 €	70.706 €
Inversión en activos materiales	7.198 €	2.906 €
Excedente bruto de explotación	119.313 €	93.941 €

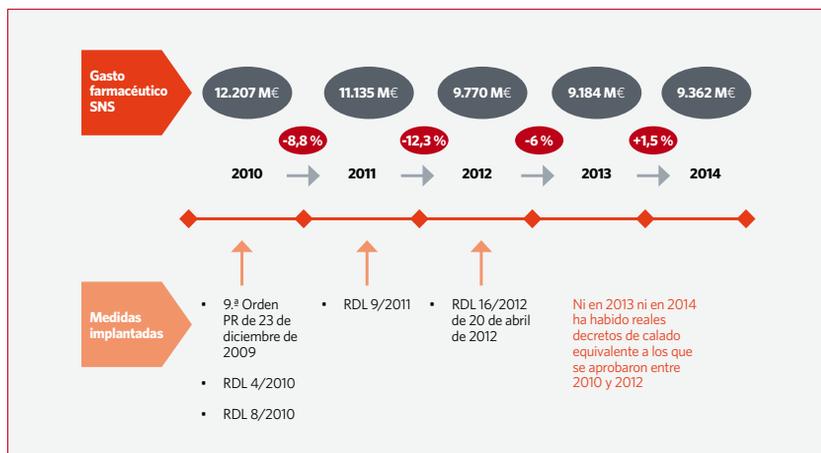
Fuente: Federación empresarial de farmacéuticos españoles (FEFE)

Como publicó el Observatorio del Medicamento de Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (FEFE) en octubre de 2014, la Oficina de Farmacia es el sector que más volumen de negocio ha perdido en España en los últimos cinco años. Frente a la contracción del 6 % de la economía española el sector minorista de medicamentos sufrió una pérdida superior al 20 %, según datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística. La principal razón de esta caída es la disminución del importe de la facturación al Sistema Nacional de Salud. Así, la disminución de la factura pública, debida tanto al descenso de precios como a las aportaciones de los beneficiarios y los descuentos al sector, está desincentivando la tradicional actividad asistencial realizada por las farmacias.

Como resumen expresivo, a continuación se refleja la situación económica, año a año, desde 2010, en el espacio estatal⁶⁵.

- La inversión en medicamentos pasó de un crecimiento anual del 6,97 % en 2008 a un decrecimiento del 2,38 % en 2010.
- La inversión en medicamentos se cerró en 2011 con un decrecimiento del 8,78 % en relación con el año anterior.
- La inversión en medicamentos dispensados a través de Oficina de Farmacia se cerró, en 2012, con un descenso del 12,96 % con respecto al año 2011.
- El Sistema Nacional de Salud (SNS) ha registrado, al cierre de 2013, un ahorro en el gasto en medicamentos de 2.800 millones de euros en los últimos 18 meses, desde que se puso en marcha el nuevo sistema de participación del usuario en farmacia, en julio de 2012.
- La inversión pública en medicamentos a través de receta ascendió, en 2014, a 9.362 millones de euros, lo que supone un descenso de 1.514 millones de euros con respecto a los datos anteriores, desde dicho año a la Reforma Sanitaria, operada por el Real Decreto 16/2012. Se ha producido una ligera recuperación, pero sin volver, en absoluto, a las cifras de facturación de años anteriores. **El Sistema Nacional de Salud ha registrado un ahorro en la factura de medicamentos a través de receta u orden de dispensación oficial de 4.314 millones de euros en los últimos 30 meses, desde que se puso en marcha el nuevo sistema de aportación del usuario en farmacia** en julio de 2012, a través del antes mencionado Real Decreto 16/2012, actualmente recogido en el artículo 102 del Real Decreto Legislativo 1/2015, Texto Refundido de la Ley 29/2006.

⁶⁵ Informe de FEFE la evolución del sector de Oficinas de Farmacia a la luz de las últimas reformas legales, de julio de 2015



Fuente: INFORME ANTARES. Situación y cifras clave de la Farmacia 2014

- La **Facturación al SNS mediante receta dispensada por Oficina de Farmacia en acumulado interanual** en noviembre de 2014 (9.310 millones de euros)⁶⁶ se corresponde con el mes de **julio de 2004** (9.309 millones de euros)⁶⁷.
- La **Facturación al SNS mediante receta dispensada por Oficina de Farmacia durante el año 2014**, a diciembre (9.360 millones de euros)⁶⁸ es inferior a la inversión acumulada del año 2004 a **diciembre de dicho año** (9.515 millones de euros euros)⁶⁹.
- La **inversión media por receta** de diciembre de 2014 (10,68 euros)⁷⁰ se corresponde con la inversión media por receta de **mediados/finales del año 1999** (10,68 euros)⁷¹.
- El número de recetas dispensadas** a través de Oficinas de Farmacia **acumulado anual en diciembre de 2014** (868.610.600 euros)⁷² es inferior al anual acumulado de **diciembre de 2008** (890.040.069 euros)⁷³.
- Desde el año 2002 hasta el 2014, **los presupuestos de las CC. AA. han aumentado en casi un 54 %**. En ese mismo período de tiempo, el

66 <http://www.msssi.gob.es/profesionales/farmacia/datos/noviembre2014.htm>

67 <http://www.msssi.gob.es/profesionales/farmacia/datos/julio2004.htm>

68 <http://www.msssi.gob.es/profesionales/farmacia/datos/diciembre2014.htm>

69 <http://www.msssi.gob.es/profesionales/farmacia/datos/diciembre2004.htm>

70 <http://www.msssi.gob.es/profesionales/farmacia/datos/diciembre2014.htm>

71 X Seminario Industria Farmacéutica y Medios de Comunicación. Ponencia de Don Pedro L. Sanchez. "El Mercado Farmacéutico Español. Situación y Perspectivas" Cuenca 15 de noviembre de 2013.

72 <http://www.msssi.gob.es/profesionales/farmacia/datos/diciembre2014.htm>

73 <http://www.msssi.gob.es/profesionales/farmacia/datos/junio2008.htm>

presupuesto de medicamentos dispensados a través de Oficina de Farmacia se ha incrementado tan sólo un 3,8 %.

LAS EXPECTATIVAS DE FUTURO DEL SECTOR

El futuro de la Oficina de Farmacia pasa por su integración, como establecimiento privado, en las estructuras de la atención sanitaria para aprovechar su cercanía y accesibilidad al paciente. Así lo ha puesto de manifiesto, entre otros, el informe elaborado por el Consejo Asesor de Sanidad, sobre Coordinación y Atención Sociosanitaria⁷⁴ que recomienda:

- Aprovechar el potencial y la capilaridad de la red asistencial de la Oficina de Farmacia para conseguir una atención sociosanitaria integral y accesible, coordinándose con los servicios de salud y sociales, ya sean residenciales, de día o en el domicilio.
- Seguimiento farmacológico del paciente mediante procedimientos que faciliten la intervención multidisciplinar, la detección de problemas relacionados con el uso de los medicamentos y productos sanitarios (duplicidades, interacciones, efectos adversos, contraindicaciones, etc.) y la adherencia a los tratamientos.
- Sistemas individualizados de administración de medicamentos, como sistemas personalizados de dispensación, para mejorar la adherencia a los tratamientos, teniendo en cuenta las características específicas de los pacientes.
- Colaborar para un uso seguro, responsable y eficiente de los medicamentos y productos sanitarios, ateniéndose a las mejores prácticas para la correcta conservación, preparación y administración (fórmulas farmacéuticas complejas, etc.).
- Actividades informativas a los pacientes y personal del centro sobre medidas de autocuidado, promoción de la salud y de la autonomía personal, así como del autocuidado responsable y prevención de la enfermedad.
- Colaboración en la elaboración de guías farmacoterapéuticas de uso en el centros sanitarios y sociosanitarios.

⁷⁴ Recientemente confirmado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en diversos informes, entre otros: Nueva Estrategia Sanitaria. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema nacional de Salud (Período 2015-2020, etc.)

Para desarrollar mejor las funciones que ya viene desempeñando la Oficina de Farmacia, el titular de la misma debería tener acceso a la historia clínica del paciente.

Además, es necesaria la vuelta al canal de la Oficina de Farmacia de los medicamentos que siendo de Diagnóstico Hospitalario, se han convertido en Dispensación Hospitalaria (DH-DH), y que en la mayoría de los supuestos han sido eliminados de este canal por cuestiones puramente economicistas.

El aspecto que más pelagra, de constatarse la evolución esperada, es el empleo, pudiendo ver el futuro de estos establecimientos bajo esta realidad: a Dudosa rentabilidad y consecuentemente dudosa sostenibilidad del sistema.

b Limitación en la libertad de actuación, en coexistencia con los ajustes presupuestarios. El ajuste de la inversión sanitaria debería ir acompañada de aumentos en la libertad de actuación, como es el caso de la dispensación de medicamentos de contrastada eficacia terapéutica y medicamentos para enfermos crónicos que, bajo la supervisión del farmacéutico, podrían ser dispensados sin receta.

c Falta de comunicación entre el médico y el farmacéutico⁷⁵. Cierta "aislamiento" de la Oficina de Farmacia que de no ser así sería altamente beneficioso para la salud del ciudadano y el presupuesto sanitario.

d Falta de reconocimiento, entre la ciudadanía, de la gran labor sanitaria que realiza la farmacia en pro de la sociedad.

Para que el Sistema Nacional Salud siga siendo un pilar básico del Estado del Bienestar, es necesario que se garantice su equidad y cohesión para todos los ciudadanos españoles con independencia de su lugar de residencia. Sin embargo determinadas medidas autonómicas están quebrando esa igualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias públicas, incluidos los medicamentos, ante lo que sería deseable una postura clara y decidida del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y una rapidez resolutive de la justicia. Debe ser una prioridad de nuestros gobernantes garantizar la cohesión del Sistema Sanitario Público y su sostenibilidad, sin discriminar a los ciudadanos españoles por vivir en diferentes Comunidades Autónomas.

⁷⁵ Pese a la obligación que recoge expresamente el artículo 33.1 de la Ley 13/2006, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud

Por otra parte, hay que evitar que mediante la utilización de signos distintivos semejantes o parecidos a los de la Oficina de Farmacia se la pueda confundir con otras actividades que generalmente no ostentan la condición de establecimientos sanitarios, provocando confusión en los ciudadanos en general y de los pacientes en particular.

Tecnología sanitaria

La tecnología sanitaria es cualquier instrumento, dispositivo, equipo, programa informático, material o cualquier otro artículo, utilizado sólo o en combinación junto con cualquier accesorio destinado a ser utilizado con fines principales de diagnóstico, prevención, control, tratamiento o alivio de una enfermedad e investigación⁷⁶. Esta tecnología puede ser utilizada, desde un punto de vista más amplio, con fines de diagnóstico–prevención–control–tratamiento o alivio de una enfermedad–investigación–sustitución o modificación de la anatomía o de un proceso fisiológico–regulación de la concepción⁷⁷.

El sector de la tecnología sanitaria es muy complejo y heterogéneo en términos de productos, actividad y procesos. Desde el punto de vista del producto podemos segmentarlo en 12 sectores:

1. Dental
2. Nefrología
3. Ortopedia Técnica
4. Efectos y accesorios
5. Oftalmología
6. Diagnóstico in vitro
7. Cardiovascular, neurocirugía y tratamiento del dolor
8. Productos de un sólo uso
9. Implantes de traumatología
10. Tecnología y sistemas de información clínica
11. Terapias respiratorias domiciliarias y gases medicinales.
12. E-health

76 www.pwc.es. Aportación de valor de las tecnologías en el sector sanitario

77 RD 1/2015 de 24 de julio. Texto Refundido - Ley de Garantías y Uso Racional del Medicamento y Productos Sanitarios

El sector de tecnología sanitaria es un socio estratégico del Sistema Nacional de Salud para impulsar la salud y calidad de vida de los pacientes, así como una palanca clave en la eficiencia y desarrollo del Sistema Sanitario como organización y de las prestaciones facilitadas a la sociedad.

Hay un elevado nivel de obsolescencia tecnológica que hace necesario previo estudio del parque tecnológico de los distintos servicios de salud y del impacto económico que supondría impulsar un Plan de Renovación Tecnológica. La tecnología sanitaria ha sido fundamental en el desarrollo de las especialidades médicas y en la práctica clínica; no se debe olvidar que las actuales intervenciones médicas y quirúrgicas han venido propiciadas por las innovaciones en la tecnología sanitaria.

La inversión en tecnología sanitaria se traduce en un mejor diagnóstico, tratamiento, control y seguimiento de las enfermedades y, en definitiva, en la mejora de la salud y calidad de vida de los pacientes, acompañado de notables ahorros directos e indirectos al sistema y a la sociedad.

Ejemplos de su impacto son:

- Los nuevos dispositivos de seguridad que han reducido un 67 % el riesgo de infecciones en el entorno sanitario.
- Tratar a más de 600.000 pacientes con patologías asociadas a las terapias respiratorias domiciliarias suponen un ahorro superior a 360 millones de euros⁷⁸.
- Los programas de cribado han conseguido reducir un 50 % los casos de cáncer de mama y cérvix en Europa.

La inversión media en Europa en salud sobre el PIB está, actualmente, en torno al 10,4 %⁷⁹ representando la tecnología sanitaria y farmacia un 7,5 % y un 17 % respectivamente sobre el porcentaje total en inversión⁸⁰.

El sistema sanitario español es uno de los mejores del mundo, en constante avance desde hace cinco décadas, que ha pasado del 3,5 % del PIB, en 1970, al 9,3% en 2011⁸¹. Los factores desencadenantes de una mayor

78 Estudio sobre la eficiencia y los beneficios de las terapias respiratorias domiciliarias PWC y Fenin.

79 http://panelfenin.es/uploads/finin/documento_estudios/pdf_documento_11.pdf

80 WHO Global Health Expenditure Database, Eurostat, Eucomed calculations based on the data obtained from National Associations of 15 countries for the latest year available. Countries with (partially) provided data: Belgium, Czech Republic, Denmark, France, Germany, Greece, Ireland, Italy, Netherlands, Poland, Portugal, Spain, Sweden, UK, Switzerland. Europe refers to EU + Norway, Switzerland.

81 WHO, Eurostat, EFPIA, EDMA, Eucomed calculations.

necesidad de inversión son variados y complejos, si bien podemos destacar la mayor esperanza de vida de la población, el aumento del número de enfermos crónicos. Esta situación hace imprescindible renovar el sistema sanitario y, en este propósito, las inversiones en tecnología de diagnóstico precoz y tecnologías de la información juegan un papel esencial para explotar sus eficiencias y conseguir incorporar las innovaciones y mejorar la calidad del Sistema en beneficio de los pacientes.

Una medicina más eficiente se logra a través de una óptima utilización de los recursos que se concreta en la detección temprana de enfermedades, la mejora general de los procesos asistenciales y de los mecanismos internos del sistema y una adecuada comunicación entre los agentes sanitarios. Todos estos recursos pasan necesariamente por la utilización de la tecnología sanitaria, siendo por tanto esencial una apuesta por la inversión en tecnología sanitaria. Facilitar la toma de decisiones clínicas con nuevos sistemas de *big data* tendrá una repercusión directa en la mejora de la calidad del servicio sanitario y en la seguridad del paciente y en resumen los procesos asistenciales en su conjunto.

En España, el sector de la tecnología sanitaria está formado por fabricantes, importadores, distribuidores y empresas de servicios sanitarios, englobando más de 500.000 productos que se agrupan en 10.000 tipos o familias de productos que mejoran la salud y calidad de vida de los pacientes, contribuyendo también a mejorar la eficiencia del sistema sanitario. Agrupa cerca de 1.000 empresas y proporciona empleo directo a más de 25.000 trabajadores. La crisis económico-financiera en España afectó al sector disminuyendo su facturación un 17 % entre los años 2010-2014, a la vez que se impulsaron las actividades internacionales, incrementando las exportaciones en un 28 % para ese mismo período. El porcentaje, por otra parte, de I+D+i sobre el importe total de las ventas se encuentra en 2015 en el 9,5 %, las empresas emplean aproximadamente el 75 % de sus gastos de I+D+I en innovación de producto/servicios, mientras que el 25 % en innovación de procesos⁸². El sector de tecnología sanitaria español es, en 2015, el quinto en importancia en el contexto europeo, por volumen de ventas y el sexto en términos generación de empleo.

⁸² Dato del sistema de cuentas de salud, publicado por el Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad.

Los valores y compromisos del Sector de tecnología Sanitaria son:

- Facilitar la prevención de la enfermedad.
- Encontrar soluciones para el diagnóstico y tratamiento de patologías y a los problemas clínicos no resueltos.
- Facilitar la gestión y el seguimiento de la enfermedad del paciente crónico.
- Orientar la innovación hacia tecnologías sanitarias más eficientes: Innovación permanente al servicio de los pacientes y profesionales sanitarios.
- Desarrollar tecnologías que faciliten el acceso del paciente a la innovación.
- Promover la responsabilidad del paciente en la gestión de su salud.
- Impulsar cambios que mejoren las pautas del comportamiento de los pacientes asociadas al tratamiento de sus enfermedades.
- Contribuir a la autogestión de la propia enfermedad con mayor eficacia.
- Universalizar la atención sanitaria al paciente a cualquier lugar donde se encuentre (cuidado de la salud en todas partes).
- Poner a disposición del paciente herramientas tecnológicas como aplicaciones para teléfonos inteligentes, sensores y sistemas de monitorización remota que le permitan tener un control más directo sobre sus datos y sobre el control de su salud (m-Health), conciliando mejor su enfermedad con su vida.
- Formación continua al profesional sanitario y colaboración con las sociedades científicas y asociaciones de pacientes.

BENEFICIOS DE LA TECNOLOGÍA SANITARIA

La tecnología sanitaria se encuentra en todos los ámbitos asistenciales, incluida la atención sanitaria no hospitalaria, jugando un papel clave en la prevención, en el diagnóstico y monitorización, intervenciones quirúrgicas ambulatorias, terapias, tratamientos y en ayudas técnicas y asistenciales.

Se caracteriza por los beneficios para los pacientes y para la salud pública a través del diagnóstico precoz y hasta la curación, mejorando la calidad asistencial, reduciendo riesgos y efectos secundarios, facilitando respuestas rápidas a enfermedades transmisibles, permitiendo un seguimiento exhaustivo de la evolución de las enfermedades y adherencia y cumplimiento de los tratamientos, etc.

También tiene un impacto en la optimización de los recursos públicos, ya que permite aportar eficiencias económicas en la atención de los pacientes crónicos (tratamiento domiciliario de sus enfermedades, monitorización remota de los indicadores de su enfermedad, reducción de hospitalizaciones y visitas a los centros sanitarios, etc.), permite el uso de tratamientos efectivos para las necesidades concretas de cada paciente (medicina personalizada), aportando datos que permiten disponer de una fuente importante de información sobre la evolución de las enfermedades y la eficacia de los tratamientos.

A parte de su función principal, diagnosticar y tratar enfermedades mejorando la salud y calidad de vida de los pacientes, también la tecnología sanitaria facilita los procesos de toma de decisiones de los profesionales sanitarios al poner a su alcance la información necesaria de cada ámbito preciso.

En definitiva, la tecnología sanitaria tiene un papel clave en:

A. Mantener la vida de los pacientes:

- Una parte importante de la tecnología sanitaria tiene la función de mantener con vida a pacientes que sin la ayuda o el soporte de la tecnología sanitaria perderían la vida. Se pueden destacar ejemplos como los marcapasos, equipos de asistencia a la respiración y ventilación, dispositivos de diálisis, etc.

B. Contribuye a aumentar la esperanza de vida y a mejorar la calidad de la misma a través de:

- La detección precoz de la enfermedad, con el consiguiente aumento de éxito de la terapia. Los ejemplos son por todos conocidos: mamografías, colonoscopias, etc.
- El tratamiento más adecuado de la enfermedad, logrando aumentar la eficacia de la acción sanitaria e incluso curar procesos antes incurables. Como ejemplos se pueden citar los marcapasos, desfibriladores o el uso de la radioterapia oncológica.
- Aporta mayor seguridad en el empleo de los medios clínicos, con ejemplos tan dispares como la historia clínica o la receta electrónica.
- La mejora de la calidad de vida de los pacientes, mediante el uso de las prótesis de laringe o la monitorización (respiración y frecuencia cardíaca) durante el sueño.
- Evitar infecciones, transmisión de enfermedades y contagios con tec-

nologías que incorporan dispositivos de seguridad o aquellos que por su propia naturaleza tienen dicho objetivo, como pueden ser los preservativos, guantes, etc.

C. Reduce las necesidades de inversión de la atención sanitaria, generando eficiencia en dos aspectos fundamentales:

- En las inversiones directas, aquellas derivadas de la atención del paciente, cuantificables y que no pueden destinarse a otro uso. El ahorro se produce a través de aumentar la capacidad y el volumen de acciones sanitarias, reduciendo, así, el coste unitario de cada acción, o mediante mayor acierto en la práctica diagnóstica y actividad terapéutica, reduciendo el nivel de inversión en determinados espacios clínicos. En definitiva, un mayor número de acciones con las mismas necesidades de inversión reduciendo errores optimizando la gestión de los recursos disponibles.
- En las inversiones indirectas, entendiendo por tales aquellas relacionadas con la pérdida de productividad del individuo y su entorno económico. Aquí el ahorro se produce por la reincorporación del sujeto atendido a la actividad productiva, situación que se produce antes, merced al uso de la eficiencia diagnóstica y terapéutica que trae consigo una más pronta curación y la posibilidad de que durante la enfermedad el paciente pueda conciliar la misma con su actividad profesional.

D. Beneficios a largo plazo:

- Con independencia de los efectos económicos beneficiosos generados a corto y medio plazo como consecuencia de lo expuesto en los apartados anteriores, también tiene un impacto económico positivo a largo plazo generado por la menor utilización de los recursos asistenciales: consultas, urgencias, estancias hospitalarias, farmacia, etc.

SU IMPACTO EN SECTORES CLÍNICOS RELEVANTES

La importancia de la tecnología sanitaria es destacable en el conjunto de la actividad asistencial y clínica. En enfermedades como las del ámbito de la Cardiología que ocasionan el 30 % de las muertes mundiales, concretamente

más de 17 millones de personas (1,9 millones en la Unión Europea)⁸³, se calcula que por cada euro invertido en tecnologías médicas se obtuvo un beneficio posterior de 1,47 euros (período 2001–2011) en términos de reducción de las estancias hospitalarias y de la tasa de mortalidad⁸⁴. Si hacemos el cálculo en su impacto mundial global para esta rama clínica, el ahorro es de 638.000 millones de euros en 2011, calculándose una previsión de 768.000 millones en 2030⁸⁵. Su impacto es destacable en un amplísimo campo de aspectos clínicos, como puede verse en el cuadro siguiente.

Aportación de valor de las tecnologías en el sector sanitario							
Tecnología	Cardiopatías "clásicas"				Otras cardiopatías		
	Insuficiencia cardíaca	Cardiopatía isquémica	Arritmias	Valvulopatías	Cardiopatías familiares	Cardiopatías congénitas	Onco-cardiología
Diagnóstico genómico					■		
Tomografía computerizada		■					
Resonancia magnética cardiovascular	■	■	■	■	■	■	■
Eco Cardiográfica (ultrasonidos)	■	■	■	■	■	■	■
Biomarcadores	■	■					
Cardiología nuclear (imagen molecular)		■					
Terapia con células madre - ingeniería tisular	■		■	■	■	■	■
Cardiología intervencionista y electrofisiología			■				
Robotización			■				

Fuente: PWC

Por su parte, enfermedades como las oncológicas, que ocasionan en España el 28 % de los fallecimientos (si bien debemos destacar que la tasa de mortalidad viene registrando un descenso constante), encontramos que por cada euro invertido, generamos un ahorro añadido de un 36 %, convirtiéndose aquel euro inicial en 1,36 euros. El ahorro, en cómputo global mundial, derivado del uso y aprovechamiento de la herramienta tecnológica ha sido de 214.000 millones de euros en 2010, esperándose que sean 339.000 millones en 2030. El campo del uso tecnológico es amplísimo en la Medicina oncológica, desde la aparente elementalidad del uso de la radiología, hasta

83 Mackay, J. Mensah G. The Atlas of health disease. WHO / Logstrup S. and O. Kelly. S European cardiovascular disease statistics. 2012 edition. Brussels. Belgium: European Heart Network.

84 www.pwc.es. Aportación de valor de las tecnologías en el sector sanitario

85 Bloom D.E. et. al. The global economic burden of non communicable diseases. Geneva. World Economic Forum 2011

el complejo uso de la Medicina nuclear (PET y SPECT), de la biopsia óptica o los ultrasonidos (HIFU y MRgFUS entre ellos). En este campo clínico se ha revelado la primera importancia del uso de la imagen en los campos diagnósticos, terapéutico o de seguimiento de los pacientes.

Aportación de valor de las tecnologías en el sector sanitario			
DIAGNÓSTICO PRECOZ	DIAGNÓSTICO	TERAPIA	SEGUIMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> • Biomarcadores • Tecnología de imagen 	<ul style="list-style-type: none"> • Tecnología de imagen • Biosensores 	<ul style="list-style-type: none"> • Radioterapia • Cirugía robótica • Telemedicina • Terapia de ultrasonidos guiada por resonancia magnética 	<ul style="list-style-type: none"> • Tecnología de imagen • Telemedicina • Biosensores

Fuente: PWC

Las enfermedades neurológicas, por su parte, lejos de la mortalidad registrada para otras enfermedades, como las cardiovasculares o tumorales (se registran en España el 17 % de los fallecimientos totales) incluyen, sin embargo, patologías cada vez más prevalentes y de un elevado coste social, y el que cada euro invertido genera un ahorro de 1,11 euros. Como se ha señalado al comienzo de este apartado, la tecnología sanitaria tiene un papel clave en el conjunto de la actividad asistencial.

La tecnología sanitaria aplicada a campos como la Oftalmología cobrará una gran relevancia, ya que en los próximos años el envejecimiento de la población y el incremento de determinadas patologías (como la diabetes) traerán un aumento del número de pacientes con problemas de deficiencia visual, como la degeneración macular asociada a la edad, la alta miopía o la retinopatía diabética. La tecnología sanitaria constituye una herramienta imprescindible para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades oculares, sobre la base incuestionable de la actualización y renovación del equipamiento. La biomicroscopía, la tonometría, la vitrectomía, gonioscopia, paquimetría, topografía corneal, la cirugía de cataratas o el láser de femto-

segundo ofrecen posibilidades antes inexistentes a los profesionales y a los pacientes⁸⁶.

El reto de los poderes públicos es incorporar todas las innovaciones y soluciones tecnológicas que mejoran la salud y calidad de vida de los pacientes, poniendo fin a la actual situación de obsolescencia de los equipamientos y tecnología de nuestro sistema sanitario.

Estos ejemplos del impacto en campos como la cardiología, la oncología, la neurología o la oftalmología pueden ser extrapolados al resto de especialidades clínicas donde la tecnología sanitaria aporta soluciones que permiten mejorar la salud y calidad de vida de los pacientes así como importantes ahorros para el sistema sanitario.

EL FUTURO DE LAS TECNOLOGÍAS SANITARIAS EN ESPAÑA

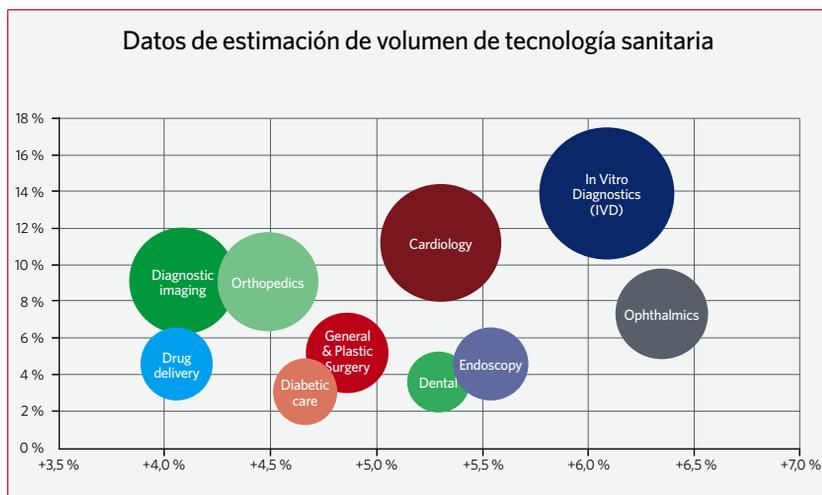
En el informe elaborado por PwC *Medtech companies prepare for an innovation makeover*, Health Research Institute, October 2013, se ponen de manifiesto los siguientes sectores tecnológicos:

- Nanotecnología. Supone el estudio, diseño, creación, síntesis, manipulación y aplicación de la materia a escala de átomos y moléculas⁸⁷. Permite la creación de dispositivos y sistemas con propiedades únicas. Esta tecnología permite una medicina que desarrolla potencialidades tan asombrosas como nanoaparatos para el transporte de fármacos al interior de las células del cuerpo humano, minimizar la invasión en el cuerpo del paciente para cualquier intervención quirúrgica, etc.
- Tecnología móvil. Posibilitando la conexión a Internet en cualquier tiempo y lugar a través de dispositivos como *smartphones* o tabletas. Se abre el fascinante mundo de la aplicación de la telemedicina.
- Analítica. El volumen y complejidad de la información a manejar requiere del uso de herramientas cada vez más potentes y sofisticadas. Se trata de las *big data tools* como sistemas de apoyo a la gestión clínica.
- Personalización de la atención. Los avances en genómica o proteómica posibilitan el diseño de estrategias a medida en la práctica asistencial.

86 Estudio perfil tecnológico hospitalario en España. Sector de oftalmología. Federación española de empresas de tecnología sanitaria FENIN.

87 Aportación de valor de las tecnologías en el sector sanitario. www.pwc.es

El potencial y la proyección que tendrá la tecnología sanitaria en los próximos años, con una mayor utilización de los *smartphones*, tabletas y *wearables*, permitirán un mayor control de la salud de los pacientes y revolucionarán la asistencia sanitaria.



Fuente: Evaluate Pharma.

LA INNOVACIÓN EN TECNOLOGÍA SANITARIA

En el sector de la sanidad, innovar es una necesidad para crecer y avanzar. Las empresas trabajan para ofrecer nuevos productos y servicios que resuelvan problemas clínicos no resueltos y mejoren la atención sanitaria, y colaboran con los profesionales sanitarios escuchando sus ideas y necesidades para transformarlas en productos y terapias. El entorno académico es un entorno rico en conocimiento, ideas, creativo, proveedor de soluciones, mientras que el mundo empresarial sobresale por su capacidad de aportar valor a los proyectos y desarrollarlos para que puedan llegar al mercado.

La Plataforma Española de Innovación en tecnología sanitaria (PEITS) es una iniciativa promovida por la industria de tecnología sanitaria, en colaboración con instituciones académicas, investigadores y Administraciones públicas con el objetivo de fomentar la I+D en tecnología y dispositivos médicos. A través de su portal de comunicación⁸⁸ se presenta como referente de

88 www.plataformatecnologiasanitaria.es

la investigación en tecnología sanitaria y dispositivos médicos y sirve como punto de encuentro y coordinación de todos los participantes.

Esta Plataforma desarrolla actividades con el objeto de incentivar la colaboración internacional y dar soporte a las entidades interesadas en dicha acción conjunta, como los llamados Foros de Emprendedores.

Es destacable el papel de la industria de tecnología sanitaria como líder en la investigación e innovación en Europa. Según datos de la EPO, en 2012 se presentaron más de 10.000 patentes en Europa relacionadas con tecnología sanitaria y dispositivos médicos. El siguiente campo con más solicitudes fue el farmacéutico con más de 5.400 solicitudes.

EL PACIENTE EXPERTO Y LA TECNOLOGÍA SANITARIA

En este nuevo escenario, cada vez más de presente que de futuro, aparece una figura novedosa: la del “paciente experto”, un paciente informado que tiene acceso a datos de su enfermedad y de los tratamientos disponibles. Cuenta con un mayor nivel educativo y formativo, además de un acceso fácil y rápido a la cantidad de información que existe a su alrededor, gracias a las nuevas tecnologías y redes y canales diferentes⁸⁹.

La transformación del perfil del paciente es notoria, ya que demanda calidad e inmediatez en los productos y servicios sanitarios que se le ofrecen. Es un paciente exigente, responsable y que tiene a su alcance los elementos necesarios para formarse un criterio acerca de cuál es su papel en su enfermedad.

De un papel reactivo, el paciente experto aspira a situarse en el centro del Sistema Sanitario de forma proactiva y siendo partícipe de las decisiones que afectan a su tratamiento.

Conocen lo que les pasa y lo que quieren del medio en el que reciben atención. Este paciente es un usuario del sistema sanitario convencido de los beneficios de las tecnologías que utiliza para acceder a la información de salud y de cuidados, pedir citas por vía electrónica, se comunica por correo electrónico, usa tecnología sanitaria y telemedicina, descarga aplicaciones de

⁸⁹ La contribución de la TIC en la optimización del Sistema de Salud y la atención al paciente emergente. Foro con TIC. Liderando el cambio hacia una sanidad sostenible y de alta calidad. Grupo MENARINI.

salud. En suma, obtiene el máximo rendimiento de los procesos y tecnologías sanitarias, haciendo más eficaz y eficiente su atención sanitaria.

Si bien este nuevo perfil de paciente es positivo y se implica en su enfermedad, incorpora un factor de exigencia a toda la estructura sanitaria, a la que obliga a adaptarse a un nuevo usuario mucho más capaz, pero a la par más exigente, y que requiere de más y mejor información por parte del profesional sanitario.

En este nuevo entorno, la tecnología sanitaria aporta herramientas para la gestión de la salud y la enfermedad, y acerca la sanidad al paciente, además de compartir y aportar conocimiento y experiencia en los cuatro niveles de la atención sanitaria: primaria, especializada, domiciliaria y remota. La tecnología sanitaria ayuda a sumar esfuerzos para mejorar el futuro asistencial y la formación y la educación en salud de la población. En este escenario de futuro que estamos dibujando, los expertos señalan aquellas aplicaciones que generan más expectativas y que, a su vez, suponen un mayor impacto potencial⁹⁰, que son:

- I. La gestión de la medicación, cuyo objetivo es mejorar la adherencia y el cumplimiento en pacientes polimedicados.
- II. El empoderamiento y la necesidad de que el ciudadano se responsabilice de cuidar su salud.
- III. La telemedicina, que permite establecer y mantener el contacto del paciente con el sistema y profesional sanitario a pesar de la distancia geográfica o temporal y cubriendo deficiencias de recursos (de todo tipo) en un lugar determinado.
- IV. La ayuda en la toma de decisiones clínicas como soporte para diseñar estrategias terapéuticas.
- V. Los sistemas de información y *big data*, aprovechando el almacenamiento y gestión de la información manejada tanto por profesionales como por usuarios.
- VI. La gestión del conocimiento, que nos permite conocer nuestro entorno y los medios disponibles para optimizar las acciones sanitarias.

90 La contribución de la TIC en la optimización del Sistema de Salud y la atención al paciente emergente. Foro con TIC. Liderando el cambio hacia una sanidad sostenible y de alta calidad. Grupo MENARINI.

Biotecnología

La biotecnología es un área multidisciplinaria que emplea la biología, química y procesos, con gran uso en agricultura, farmacia, ciencia de los alimentos, ciencias forestales y medicina. La biotecnología se refiere a toda aplicación tecnológica que utilice sistemas biológicos y organismos vivos o sus derivados para la creación o modificación de productos o procesos para usos específicos⁹¹.

Las aplicaciones de la biotecnología son numerosas y si bien las podemos encontrar en un amplio abanico de sectores, como el de la energía, la alimentación, la agricultura, el medio ambiente, etc., se puede afirmar que su ámbito mayoritario, sobre todo cuando nos referimos a la industria, es el biosanitario.

LA BIOTECNOLOGÍA SANITARIA

La biotecnología sanitaria permite cada día mejorar la calidad de vida de las personas, vivir de forma más saludable y tomar decisiones médicas adecuadas, mejorando la fiabilidad del diagnóstico y favoreciendo a su vez el acceso a soluciones terapéuticas adaptadas a las circunstancias individuales.

Este ámbito de la biotecnología es esencial para el descubrimiento de nuevos fármacos y hacer frente así a necesidades médicas aún no cubiertas. De hecho, cada año se incrementan los proyectos y novedades más relevantes en el ámbito de la biotecnología sanitaria, desarrollados por entidades españolas en su mayoría empresas pertenecientes al sector biotecnológico.

FINANCIACIÓN PÚBLICA EUROPA: HORIZONTE 2020

Según los resultados provisionales disponibles, **las entidades españolas han obtenido en el programa de ayuda europeo Horizonte 2020 (H2020) una subvención de 1.100,8 millones de euros**, lo que se traducirá en una inversión de cerca de 1.300 millones de euros para desarrollar actividades de I+D+I en nuestro país.

91 Convention on Biological Diversity, Article 2. Use of Terms, United Nations. 1992

Por subvención captada, **España ocupa provisionalmente la cuarta posición en el ranking de países, con un retorno del 9,7 % UE-28**, por detrás de Alemania, Reino Unido y Francia, por lo que los resultados pueden considerarse excelentes, ya que superan tanto los alcanzados en el conjunto del VII Programa Marco (8,3 % UE-28), como los ambiciosos objetivos marcados para el conjunto de H2020.

En cuanto a las áreas temáticas, la correspondiente a salud, cambio demográfico y bienestar, se ha retornado 102,4 millones de euros lo que supone una tasa de retorno del 6,9 % UE-28.

El sector defiende la participación en programas europeos como vía de financiación y crecimiento más adecuada actualmente, por ello, en cierto modo, es reconfortante conocer este elevado nivel de participación empresarial, la mayoría PYMES, las cuales están demandando un mayor protagonismo en Europa. Algunas de las mayores innovaciones en Europa se producen en PYMES, que formalizan alianzas con grandes grupos para ofrecer una vía de acceso más rápida de sus innovaciones a los ciudadanos.

En aras a favorecer el entorno para que las PYMES puedan explotar su potencial, se debe generar un marco regulatorio apropiado, que reduzca las barreras burocráticas, y facilite el acceso a la financiación de una manera más ágil.

ACCIONES EN MEDICINA PERSONALIZADA

La focalización en medicina personalizada aporta un pilar de competitividad a la industria biomédica, con potencial para encontrar necesidades no cubiertas para los pacientes. En este sentido, el sector trabaja con algunas Comunidades Autónomas, como Galicia, Andalucía, Castilla y León y Extremadura, para impulsar proyectos de medicina personalizada con cargo a fondos europeos. Además, se participa en Jornadas o en documentos como el *Libro Blanco en Medicina Personalizada de Europabio*⁹². Dentro de este ámbito se aboga por la implantación de políticas de prevención para detectar futuros problemas de enfermedades crónicas a través de políticas de vacunación efectivas y de implantación de sistemas de diagnóstico eficaces que mejoren la vida del

92 "Ilustración del potencial de la medicina personalizada en Europa".

paciente y, al mismo tiempo, ayuden a la mejora de la calidad del Sistema Sanitario.

La biotecnología se muestra como herramienta para la consecución de hitos científicos, económicos y sanitarios en España, a través de fomentar la I+D y vincularla a políticas que faciliten el desarrollo de sistemas de innovación.

IMPORTANCIA DE LA FORMACIÓN

Fomentar la formación de la biotecnología significa crear redes de colaboración entre la industria investigadora, las universidades y la Administración Pública. Se muestran imprescindibles, por otra parte, políticas de racionalización mediante una financiación selectiva, en la que se tenga en cuenta no sólo su efectividad, sino también la relación entre los beneficios que aporta y el impacto presupuestario que representa para el Sistema de Salud.

De cara al futuro, es de vital importancia apoyar la formación profesional en biotecnología promoviendo la homologación de los títulos de biotecnología que aún se encuentran en proceso de aprobación. Por otro lado, es crucial impulsar el entorno de la “bioemprendeduría” a través de acciones formativas y desarrollar la formación entre los diferentes interlocutores del sector biotecnológico.

La colaboración con la Administración juega un papel destacado en el terreno de la biotecnología para conseguir un Sistema Nacional de Salud más sostenible. Para ello, se han de impulsar políticas para movilizar recursos en un mercado donde existe demanda pública y oferta privada que convergen, y así dotar al país de nuevas tecnologías.

LA MEDICINA INNOVADORA

Como parte del entramado sanitario, las empresas del sector tienen que ser partícipes del acceso al paciente de medicamentos innovadores, de tal manera que se mantenga la confianza en que el sistema va a proveer de medicinas más seguras y eficaces. En medio de las medidas de austeridad que están imperando en los sistemas de salud europeos se trabaja para mantener el acceso a la innovación mediante fórmulas coste-eficacia a largo plazo que calibren la conveniencia o no de facilitar este acceso que, en la mayoría de

los casos, siempre resulta favorable. En la misma línea se ha iniciado, por las empresas del sector, un diálogo muy positivo con la Administración Sanitaria, por el cual se comparten las inquietudes de ambas plataformas y se colabora con aquella para que la nueva reglamentación en el sector ayude a la sostenibilidad del sistema pero con sensibilidad para el área empresarial.

Una de las fórmulas que se considera más apropiadas para este acceso es la Compra Pública Innovadora (CPI), motor fundamental para el crecimiento del sector biotecnológico en España. En esta dirección se está trabajando con varias Comunidades Autónomas para su implantación, con casos de éxito ya demostrados como el Proyecto InnovaSuMMA en Galicia, cuyo objetivo es la búsqueda de diagnósticos avanzados en biomarcadores para tratamientos principalmente en oncología y hematología.

Se calcula que las administraciones españolas toman decisiones de compra cada año por un valor superior al 14 % del PIB, porcentaje inferior a la media europea. El objetivo del Gobierno español es que la compra pública innovadora alcance el 3 % de la inversión nueva⁹³. A ello se suman los fondos europeos que las administraciones pueden movilizar para promover la Compra Pública Innovadora.

Uno de los campos de investigación con más retos para el sector biotecnológico sanitario es el de las enfermedades raras. La corriente europea apunta a la consecución de un ecosistema que anime a las compañías a investigar y desarrollar medicamentos huérfanos en Europa con políticas de reembolso y evaluaciones predecibles que permitan a las compañías afrontar el riesgo y reunir el capital necesario para la I+D+i. El grupo empresarial del sector colabora con el Instituto de Salud Carlos III en el registro de enfermedades raras en España, con las asociaciones de pacientes de mayor interés, con los proyectos que se están llevando a cabo en esta área, y en actividades impulsadas en Europa por Europabio.

93 Unos 600 millones de euros anuales.

PROYECTOS BAJO INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA

En 2015 se están investigando 370 indicaciones de medicamentos, principalmente en oncología, sistema nervioso central, enfermedades autoinmunes y dermatología.

La representación empresarial del sector ha publicado su *pipeline* de biotecnología sanitaria que recoge los desarrollos de medicamentos biotecnológicos, tanto de entidades nacionales como de multinacionales con filial en España que aún no están comercializándose. En él se recogen proyectos de 650 indicaciones, lo que representa un incremento del 29,5 % respecto a los proyectos que se recogieron en el *pipeline* anterior.

En el área de medicamentos, se recogen 370 investigaciones. Se han contabilizado un total de 109 productos para 118 indicaciones que están investigando 45 compañías nacionales: 54 de ellos se encuentran en fase preclínica, 26 en fase I, 25 en fase II, 7 en fase III y 6 están a punto de comercializarse.

También se incluyen 171 productos para 252 indicaciones del área de medicamentos de 11 multinacionales con filial en España, en los que alguna de sus fases clínicas se ha realizado en España. De ellos, 37 están en fase I, 83 en fase II, 118 en fase III y 14 están en la fase de registro.

En el *pipeline* también se recogen 88 plataformas de investigación, 19 tecnologías cuya aplicación final es el ámbito sanitario y 173 productos y servicios de diagnóstico y de medicina personalizada.

Existen 173 productos y servicios de diagnóstico y de medicina personalizada: 52 están listos para lanzarlos al mercado, 9 están ya registrados, 44 se encuentran en validación clínica, 25 en validación preliminar y 42 en I+D.

En cuanto a las tecnologías, se registran 19, de las que 5 están listas para lanzarse al mercado, 1 está en fase de registro, 1 en validación clínica, 6 en preliminar y 6 en I+D.

Para el caso de las 88 plataformas tecnológicas: 33 están listas para lanzarse al mercado, 1 en la fase de registro, 16 en validación clínica, 14 en validación preliminar y 24 en I+D.

La oncología continúa siendo el área terapéutica en la que hay un mayor número de medicamentos investigándose en este *pipeline* (el 31 % de los medicamentos en el caso de compañías nacionales y 49 % el caso de multinacionales con filial en España). Al igual que el año pasado, el área del sistema nervioso central, es la segunda área con mayor número de me-

dicamentos en investigación y desarrollo en territorio nacional, alcanzando el 21 % del total de los desarrollos. En el *pipeline* de medicamentos de multinacionales con alguna filial en España, la segunda posición la ocupan los medicamentos dirigidos al tratamiento de enfermedades autoinmunes e inflamatorias (15 %).

Dentro de los productos y servicios de diagnóstico y de medicina personalizada, el 39 % de ellos van dirigidos al área oncológica, el 16 % a enfermedades infecciosas y el 13 % al tratamiento de enfermedades del sistema nervioso central.

Ortopedia

LA ORTOPEDIA: CALIDAD Y MEJORA DE LA AUTONOMÍA PERSONAL

La ortopedia es una de las prestaciones de la Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud incluida en el Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre. Es, además, un derecho de todos los españoles que emana de la Constitución de 1978 y de la Ley General de Sanidad de 1986. Se concreta en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece dicha Cartera y el procedimiento para su actualización. La prestación ortoprotésica forma el grueso principal de la labor de las ortopedias en España, aunque obviamente el peso es diferente de una empresa a otra.

Ortopedia –del latín orto (correcto, corrección) y del griego paideia (educación)- es “el arte de corregir o de evitar las deformidades del cuerpo humano, por medio de ciertos aparatos o de ejercicios corporales”. En esta etimología están las claves que describen la ortopedia como un servicio sanitario que incluye todas las prestaciones relacionadas con los productos y servicios, de libre adquisición o bajo prescripción facultativa, de órtesis, prótesis y productos de apoyo relacionadas con el aparato locomotor. Además, incluye el proceso educativo que requiere la corrección de una discapacidad que ha de ir acompañada necesariamente del trato humano indispensable en cualquier prestación ortopédica y de la adaptación que requiere cualquier producto ortopédico. Son estos elementos los que van a estar presentes en un servicio sanitario de calidad y sin cualquiera de ellos resulta imposible llegar al grado de excelencia y buena práctica que requiere esta disciplina. El sector es un servicio sanitario y como tal está

integrado dentro del Sistema Nacional de Salud. Implica la participación de numerosos profesionales de la sanidad, comenzando por el médico, que es quien prescribe el producto, servicio o ayuda técnica que más convenga al tratamiento de la persona con discapacidad, y demás profesionales que intervienen en el proceso de recuperación y rehabilitación de un paciente. Como parte integrante de este equipo, el ortopeda es el responsable de asesorar, diseñar, fabricar y/o adaptar el producto prescrito por el especialista. Los usuarios finales de los productos y servicios de la ortopedia son en última instancia la referencia y medida de todos los esfuerzos que implica disponer de un sistema de prestaciones ortopédicas de calidad.

PRODUCTOS Y SERVICIOS ORTOPROTÉSICOS.

Prestaciones ortoprotésicas:

- **Prótesis externas.** Aquellos productos sanitarios que requieren una elaboración y/o adaptación individualizada y que, dirigidas a sustituir un órgano o parte de él, no precisan de implantación quirúrgica en el paciente.
- **Sillas de ruedas.** Entran en esta categoría los vehículos individuales para favorecer el traslado de personas que han perdido, total o parcialmente, la capacidad de deambulación. Los vehículos han de ser adecuados a su grado de discapacidad.
- **Órtesis.** Aquellos productos sanitarios de uso externo no implantables que, adaptados individualmente al paciente, se destinan a modificar las condiciones estructurales o funcionales del sistema neuromuscular o del esqueleto.
- **Ortoprótisis especial.** Producto sanitario no implantable que sustituye una estructura corporal o su función o facilita la deambulación sin que pueda considerarse incluido en los apartados anteriores.

Los servicios prestados por los establecimientos de ortopedia implican:

- Interpretación de la prescripción, evaluación, adaptación y aplicación de productos y servicios de ortesis y prótesis en serie.
- El diseño, proyección, fabricación, adaptación y aplicación de productos y servicios de ortesis y prótesis a medida.
- Interpretación de la prescripción, evaluación, adaptación y aplicación de productos y servicios de productos de apoyo.

- La atención personalizada y seguimiento en el funcionamiento de estas prestaciones.
- La distribución y venta en establecimientos fabriles y comerciales de todos los productos y servicios contemplados con anterioridad.

Al tener como fin garantizar el desarrollo y bienestar de los usuarios de los servicios y productos de ortesis, prótesis y productos de apoyo, la ortopedia es un servicio sanitario que mejora la calidad de vida de los pacientes y las personas usuarias. Permite el disfrute del bien que representa desenvolverse con un mínimo de autonomía, dignidad e independencia a un grupo muy sensible de la población que presenta discapacidades. La ortopedia colabora, por lo tanto, en la inclusión social de las personas con discapacidad al facilitar su incorporación activa en la vida familiar, social o laboral y permitirles ejercer plenamente los derechos de ciudadanía.

COMPETITIVIDAD DEL SECTOR

El sector presta atención sanitaria, en 2015, a 3,8 millones de usuarios (8,5 % de la población española), entre los cuales 1,1 millones presentan deficiencias osteoarticulares y 245.000 secuelas de accidentes, además de que otros 1,5 millones reciben distintos productos de apoyo. Se trata de un sector con importantes expectativas de crecimiento. La mayor longevidad de la población es uno de los factores que más impulsa al sector, siendo la tasa de envejecimiento española una de las más altas del mundo, con un 17 % de la población por encima de los 65 años.

El factor demográfico, unido a la prevalencia de enfermedades crónicas como la diabetes y de sus problemas asociados, procesos reumáticos, amputaciones, o el sobrepeso de la población y el desgaste de articulaciones, sobre todo rodillas o caderas, convierten así al sector español en uno de los grandes referentes de la industria asistencial, tanto ortopédica como técnica, para personas con discapacidad y personas mayores de Europa.

Con esta pirámide de población, los productos sanitarios ortoprotésicos de mayor consumo en España son los productos ortésicos (férulas, prótesis mamarias, corsés, entre otras), y las ayudas técnicas para la movilidad (bastones, andadores, sillas de ruedas, etcétera), que representan más del 80 % del mercado. Otro 14 % de las ventas aproximadamente los aportan las prótesis,

mientras que los cojines antiescaras y otros productos, como adaptaciones para el baño y la vida diaria, completan la demanda de este mercado.

El desarrollo de la Ley 39/2006 empezó a actuar de estímulo del sector, pues los servicios de asistencia domiciliaria aumentaron en todas las Comunidades Autónomas requiriendo todo tipo de productos de apoyo. La mejora económica debería ayudar a un nuevo impulso en este sentido.

Sin embargo, y a pesar de estos condicionantes, la inversión media entre servicios, prótesis y productos de apoyo es de las menores de Europa en relación con la población. Es necesario que el Sistema Sanitario asuma una mayor responsabilidad pública y dedique más presupuesto y atención a este sector, que padece una política de limitación presupuestaria que impide desarrollar su potencial en beneficio de la sociedad.

Tampoco hay que olvidar el lastre que supone para la competitividad del sector el creciente intrusismo derivado de la deficiente regulación, tanto en lo que se refiere a la práctica profesional como a los requisitos de apertura y supervisión de establecimientos y la venta de productos sanitarios de ortopedia por internet.

LA ORTOPEDIA COMO ACTIVIDAD PROFESIONAL SANITARIA

Dentro del sector de ortopedia se agrupan empresas que adaptan el producto estandarizado al paciente y/o fabrican un dispositivo a medida, además de realizar la venta y adaptación de productos de apoyo.

La actividad de los fabricantes de productos y servicios sanitarios a medida en España está, a diferencia de otros asuntos del terreno de la ortopedia, profusamente regulada. El Real Decreto 437/2002 fija los requisitos legales de la concesión de licencias de funcionamiento. Entre otras condiciones, señala la obligatoriedad de disponer de una estructura organizativa capaz de garantizar la calidad. En ésta, destaca la necesidad de disponer de un responsable técnico, cuya titulación acredite una cualificación adecuada en función de los productos que tenga a su cargo, que ejercerá la supervisión directa de la actividad realizada por la empresa.

En el campo profesional, queda un amplio recorrido de mejora para que quienes ejercen esta actividad sean considerados profesionales sanitarios. Aun existiendo un título de Técnico Superior en Ortoprotésica regulado por el Real Decreto 542/1995, hay una vía legal abierta por el Real Decreto 437/2002,

que permite que titulados universitarios con un curso de posgrado de 200 horas lectivas sean habilitados como responsables técnicos de un establecimiento de ortopedia en el que se atiende a pacientes enfermos y personas con discapacidad. Actualmente, está en proceso de aprobación la creación de un Grado en Ortoprotésica impulsado por la Universidad Alfonso X El Sabio de Madrid. La representación colegial de la profesión se reduce tan sólo a la presencia de un Colegio Profesional de Ortopédicos en Aragón (BOA de 31 de diciembre de 2007) y un Colegio de Técnicos Superiores Sanitarios en la Comunidad Autónoma de Valencia (BOE de 17 de junio de 2008).

EL SECTOR EMPRESARIAL

En 2015 se estima que hay cerca de 100 empresas fabricantes y distribuidoras de productos en serie y unos 2.450 puntos de venta de productos ortopédicos instalados en ortopedias, farmacias o tiendas de deporte, de los que 1.120 tienen licencia de fabricación de productos sanitarios a medida. De esta cifra, alrededor de 1.000 son ortopedias que en el 74 % tienen entre 1 y 5 empleados y facturan menos de 300.000 euros al año. Sólo un 5 % cuenta con una plantilla superior a 20 empleados y factura por encima de los 1.800.000 euros. Únicamente el 1% de estas empresas tiene un volumen de ventas superior a los 3.000.000 euros y emplea a más de 50 trabajadores. Para ello cuentan con unos 2.500 profesionales titulados y 14.000 trabajadores en España.

En el caso de las empresas de fabricación y distribución de productos en serie, en el aludido número de un centenar, el reducido tamaño del mercado y la competencia exterior dificultan en extremo su actividad expuesta a un gran riesgo por sus elevadas inversiones en maquinaria y equipos de alta tecnología. La baja inversión sanitaria que realiza el Sistema Nacional de Salud en prestaciones ortopédicas es otro freno para que se desarrolle este subsector en España.

Es urgente la regulación de las competencias profesionales, de los requisitos del establecimiento sanitario para ejercer con identificación general mediante el símbolo de la cruz amarilla, así como titulación universitaria obligatoria con aplicación en todas las Comunidades Autónomas.

EL EFECTO ECONOMIZADOR EN LOS TERRENOS SANITARIO Y SOCIOSANITARIO

Uno de los grandes retos que tiene la prestación ortoprotésica por delante es tratar de cuantificar y medir sus resultados terapéuticos, con el fin de reflejar su importancia en el proceso de rehabilitación y apoyo a la autonomía y la mejora de la inclusión de las personas usuarias.

La calidad y eficacia de los productos de apoyo empleados permiten que el usuario se incorpore antes y en mejores condiciones a la vida activa, incluido al mercado laboral. El ahorro en prestaciones de incapacidad temporal y en pensiones de incapacidad permanente para el Sistema de Seguridad Social y el incremento de la productividad laboral son más que evidentes.

Tampoco puede despreciarse el efecto que la ortopedia tiene en la reducción de la inversión en ayudas y prestaciones de carácter social, comprendido el derivado de la Ley 39/2006. Una prestación ortoprotésica de calidad adaptada a las necesidades del paciente permite obtener una autonomía e independencia que mejora la calidad de vida de los pacientes y minimiza su grado de dependencia y con ello las inversiones en las ayudas o prestaciones económicas previstas para estas crecientes necesidades.

El proceso de rehabilitación de los pacientes es una de las grandes asignaturas pendientes del Sistema Nacional de Salud. Esta carencia del Sistema Nacional de Salud se suple a través de las familias y los pacientes que son al final quienes se hacen cargo de las inversiones de la atención de una forma no profesional, lo que puede acarrear en muchos casos nuevas necesidades de inversión en reingresos o tiempos de recuperación más largos y, por tanto, en más inversión asociada a las enfermedades, discapacidades y lesiones. Una mayor inversión en los profesionales de la ortopedia, únicos que tienen reconocida su especialización, ayudaría, sin duda, a reducir riesgos y secuelas de lesiones o discapacidades, así como contribuiría notablemente a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Tampoco se pueden olvidar los efectos derivados de las lesiones provocadas en las personas con discapacidad como consecuencia del uso de materiales inadecuados, obsoletos o no indicados para su lesión o de una atención ortoprotésica no profesional.

PROBLEMAS OBSERVADOS POR EL SECTOR

A. Necesidad de nuevo marco de relaciones entre los agentes implicados en la ortopedia.

La escasa información y conocimiento sobre el sector de la ortopedia en España dificulta la correcta toma de decisiones por parte de todos los agentes implicados. Afecta, en primer lugar, a los pacientes, que no disponen de una información completa sobre sus derechos a la hora de acceder a esta prestación o tener un conocimiento sobre las posibilidades tecnológicas y la calidad de los productos y servicios ortoprotésicos que se pueden convertir en el mejor aliado para mejorar su calidad de vida.

Los propios gestores de las Administraciones Públicas responsables de organizar esta prestación desconocen también el importante activo que supone contar con un sector competitivo en este ámbito y prestaciones efectivas. Una prestación de calidad y eficiente genera más ahorros que necesidades de inversión para la sanidad y la sociedad en su conjunto.

Por último, los profesionales sanitarios que prescriben y deciden qué es lo mejor para los usuarios y pacientes tampoco tienen un acceso a la mejor información y formación sobre los productos y servicios ortoprotésicos. De ahí que tenga tanta fuerza la sugerencia del sector profesional de contar con sistemas de control de los trabajos realizados por parte de peritos imparciales. Esta desinformación perjudica la transparencia del sector, al condicionar las decisiones a las relaciones y vínculos que se establecen entre empresas y profesionales. Y este marco tiende a acentuar, en vez de resolver, los problemas de la ortopedia, entre ellos la falta de regulación y reconocimiento profesional, formación insuficiente, imposibilidad de converger con la UE, falta de regulación adecuada de los establecimientos de ortopedia, falta de catálogos de prestaciones únicos y suficientes para toda la geografía española.

B. Retos profesionales a considerar

- Obtención de la adecuada representación del sector en los órganos previstos en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, así como los órganos consultores para la prestación ortoprotésica de las diversas Comunidades Autónomas.
- Mayor supervisión y control de la subcontratación de la fabricación a medida.
- Necesaria reglamentación de la erróneamente denominada venta sin

adaptación de productos ortoprotésicos, la cual no existe pues todo producto ortoprotésico debe estar adaptado al paciente para cumplir sus fines terapéuticos.

- Reconsideración de la diferenciación entre tres tipos de establecimientos que carece de toda lógica, ya que, a la venta y fabricación de productos a medida y venta y adaptación de productos, se ha añadido un tercer tipo de establecimiento de venta sin adaptación, cuando todos los productos ortoprotésicos y productos de apoyo requieren de adaptación dependiendo de la edad, características físicas o patología de cada paciente.
- Regulación de la venta de productos sanitarios ortoprotésicos por internet.
- Necesidad de reforzar los sistemas de control e inspección de los servicios de salud para detectar intrusismos, malas prácticas en la prescripción, fabricación, distribución, venta o facturación de productos ortoprotésicos.
- Adecuación de la formación de los inspectores responsables de supervisar la actividad del sector y de sus profesionales.

C. Irrupción de tecnologías como biónica y prótesis inteligentes

La ortopedia, como tecnología, es un instrumento de soporte y ayuda para las personas con discapacidad o en situación de dependencia que está sometida a continuo cambio y evolución. El fin de sus avances tecnológicos es adaptarse a las necesidades de los usuarios y ofrecer apoyos para su autonomía. Esta innovación constante traduce el esfuerzo inversor en innovación y desarrollo de un sector que aspira a ofrecer las mejores respuestas tecnológicas a los problemas de las personas con discapacidad.

La inclusión de materiales de fabricación, como el aluminio, el titanio o la fibra de carbono, o la introducción de las nuevas tecnologías como los microprocesadores benefician la movilidad y autonomía de las personas en situación de discapacidad o dependencia, así como el periodo útil de las prótesis. Estas nuevas tecnologías deben ser puestas a disposición de los pacientes por parte de las administraciones sanitarias, actualizando los catálogos de prestaciones. Por este motivo, el sector solicita que tanto el Gobierno como las Comunidades Autónomas tengan en consideración estos avances tecnológicos en sus catálogos de prestaciones.

En el área de las órtesis se ha excluido expresamente en los últimos años las elaboradas en fibra de carbono. También las estructuras y articulaciones elaboradas en titanio y/o fibra de carbono y/o con control por microprocesador en las sillas de ruedas, cuando son materiales o dispositivos presentes en cualquier actividad y forman parte de la vida diaria. La diferencia entre usar una prótesis de última generación y una convencional no sólo es una cuestión estética, sino que representa un avance muy significativo en la mejora de la calidad de vida de los pacientes y una nueva posibilidad de ampliar su campo de actividades. Este tipo de limitaciones, sólo explicable desde un enfoque puramente economicista en lugar de atender a criterios de bienestar y oportunidades de inclusión social, destruye además los incentivos de las empresas a la hora de innovar y supone un retraso tecnológico muy importante también para el Sistema Nacional de Salud.

Las trabas administrativas resultan más chocantes si cabe cuando la sociedad celebra con asombro el éxito de intervenciones quirúrgicas que sólo hace unos años eran un sueño de la ciencia. Los ejemplos de estos avances son diarios y la capacidad de los especialistas españoles para situarse a la vanguardia en este tipo de intervenciones está más que demostrado. La prótesis de mano de última generación que emula los tejidos humanos a través de fibras blandas y que potencia el movimiento de dedos y muñeca a través de distintos ejes ofrece una mayor precisión, fuerza y velocidad frente a otros dispositivos. En 2008, dos centros hospitalarios españoles informaron del logro de colocar por vez primera en Europa una mano biónica a una adolescente, que le permite mover y doblar los dedos de forma similar a la mano humana a través de electrodos de contacto que interpretan la señal de los movimientos de los músculos para coger así objetos que con las prótesis mioeléctricas actuales no es posible. Esta integración de electrónica y biología se ha denominado biónica, una tecnología revolucionaria que ofrece la máxima funcionalidad a sus usuarios y hace posible el objetivo de autonomía personal.

La restauración de movimientos o de sentidos como el oído o la vista a causa de la pérdida o malformación de un miembro es un reto científico de primer orden que se está resolviendo con la creación de prótesis inteligentes y sistemas robotizados cada vez más complejos y capaces de establecer conexiones físicas entre una terminación nerviosa humana y unos electrodos. Todos estos avances constituyen una importante esperanza para las personas

con discapacidad y son también una prueba de un sector innovador que busca constantemente el desarrollo de ayudas tecnológicas más beneficiosas para usuarios y pacientes.

HORIZONTES POTENCIALES PARA LA ORTOPEDIA

La agenda de mejoras del sector ortoprotésico se orienta a poder atender debidamente un horizonte potencial de usuarios que no deja de crecer y que en 2015 supera ya los 10 millones de personas, casi una cuarta parte de toda la población española. El sector ortoprotésico debe aspirar a ser uno de los protagonistas del nuevo modelo productivo más basado en la economía de los cuidados, en tecnología y en recursos humanos cualificados.

El factor demográfico por sí solo augura la demanda de establecimientos y profesionales especializados en ortopedia. Pero es que, además, durante los últimos años el sector sanitario está asistiendo a una eclosión tecnológica que sólo cabe que se intensifique durante las próximas décadas. El diseño y fabricación de los nuevos productos y servicios ortoprotésicos está incorporando el uso de microprocesadores y la integración de las nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación. La fabricación de estos dispositivos ha sufrido también un cambio de 180 grados con el uso de nuevos materiales, como el aluminio o la fibra de carbono, que hacen más ligeros, resistentes y ofrecen una mayor comodidad a los usuarios y pacientes. Ello supone que el empleo que se genera en el sector requiere cada vez de mayor capacitación y que se requiere también una mayor inversión tecnológica.

Asistencia sanitaria

Hospitales y clínicas privadas

El sector privado de la Sanidad mantiene, en el conjunto de la atención sanitaria en España, un peso muy relevante en su importancia absoluta y relativa. Debe tenerse en cuenta que en número de centros de hospitalización, que no en número de camas, supera al sector público, manteniendo abiertos y en funcionamiento, además, miles de establecimientos en cuya asistencia no se contempla el ingreso del paciente.

Centros hospitalarios

Centros hospitalarios

Según en Catálogo Nacional de Hospitales 2014, en España hay 787 hospitales.



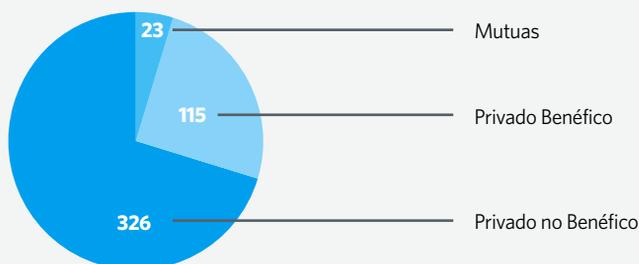
Centros extrahospitalarios

Además, en España existen miles de entidades sanitarias privadas sin internamientos como clínicas oftalmológicas, centros de reproducción asistida, centros de rehabilitación, laboratorios clínicos, o empresas de transporte sanitario, entre otros.

Fuente: FNCP.

El número de camas con que cuentan, durante el año 2014, los 464 hospitales privados es de 51.967, de un total público-privado de 159.297. De los mencionados hospitales privados, 326 de ellos tienen la condición de privados no benéficos.

Los **464 hospitales privados** pueden clasificarse de la siguiente forma:



Los hospitales privados cuentan con **51.967 camas**, casi un tercio del total (159.297)

Fuente: FNCP.

La relevancia económica, en el conjunto de la economía nacional, de la Sanidad privada se evidencia al considerar que la inversión en el año 2011 supuso el 27 % de la inversión sanitaria total, lo que representa un 3,4 % del PIB.

Sus medios técnicos se muestran poderosos y en crecimiento continuo ya que cuentan, en 2015, con el 57 % de la tecnología de Resonancias Magnéticas (RM) y el 49 % de la de PET, instalaciones, hasta no hace muchos años, ubicados casi exclusivamente en la Sanidad pública.

La Sanidad privada da empleo, en 2015, a casi 237.000 trabajadores, en crecimiento desde los 230.540 de 2013. En crecimiento, también, su facturación desde 2013 (6.185 millones de euros) se cifra hoy en 6.450 millones. El porcentaje de I+D+i sobre las ventas también crece, situándose en 2015 en el 2 %.

- La sanidad privada supone un **3,4 %** del PIB.
- El gasto sanitario privado en España supuso el **27% del gasto sanitario total** en 2011 (9,3 % del PIB).
- Empieza a **236.567 profesionales sanitarios**.
- El **81,83 %** de los funcionarios elige la sanidad privada, dentro del sistema de aseguramiento MUFACE.
- La sanidad supone aproximadamente un **35 % del gasto** de las CC. AA.
- La sanidad privada cuenta con el 57 % de las **RM**, el 49% de los **PET** y el 36 % de los **TAC**.

Fuente: FNCP.

La aceptación de este proveedor de servicios sanitarios es muy alta, pues el 81 % de sus usuarios lo califican por encima del notable. De hecho, como hemos podido observar en la imagen anterior, casi el 82 % de los funcionarios adscritos a MUFACE elige sanidad privada como gestora de su aseguramiento.

Los motivos de la mencionada satisfacción expuestos por los asegurados son, como puede verse en la siguiente gráfica, la rapidez de resolución de los problemas a solucionar, el trato dispensado a los usuarios por los profesionales y el medio sanitario privado, la comodidad de uso y la diversificación y especialización del dispositivo utilizado.

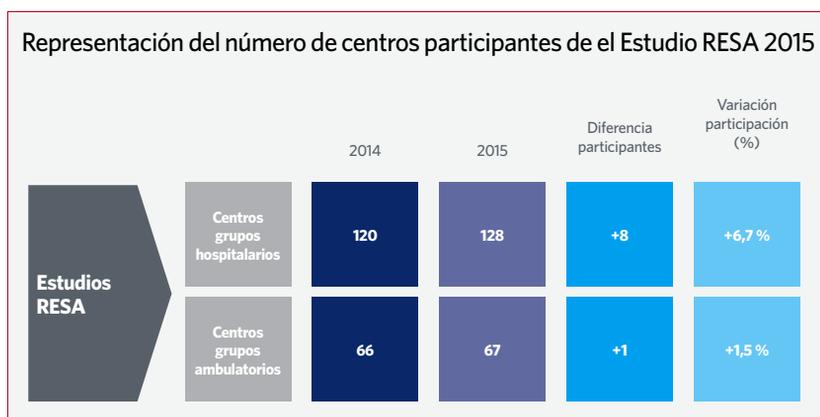
- Según el **Barómetro de la Sanidad Privada 2014** del IDIS, el 81% de los usuarios califica los servicios sanitarios privados por encima del notable.
- Entre las principales **ventajas** de la sanidad privada los usuarios destacan:
 - Rapidez
 - Trato
 - Comodidad
 - Especialización

Fuente: FNCP.

EL ESTUDIO RESA 2015⁹⁴

El estudio RESA analiza los indicadores de resultados en Salud de la Sanidad Privada, debiendo destacarse de este trabajo algunas cuestiones relevantes que recoge.

Es preciso dejar constancia, de entrada, de la creciente fiabilidad y solvencia técnica de este trabajo para cuya realización aumenta cada año el número de centros asociados, alcanzándose en la actualidad los 195.



Fuente: Instituto para el Desarrollo y la Integración de la Sanidad. Estudio RESA 2015

Enfatiza el citado documento los siguientes aspectos del valor de la Sanidad Privada en España:

- Eficiencia sostenida con valores en la estancia media por bajo de 3,3 días, en todos los períodos del año, con escasas variaciones. La estancia media quirúrgica de 0,36 días o la tasa de ambulatorización próxima al 50 % confirman esta apreciación.
- La accesibilidad es un valor muy apreciado de la Sanidad Privada, cuya concurrencia en la misma se confirma por los siguientes hechos: demoras en la citación para pruebas complementarias por debajo de los 12 días y resultados, en algunas de ellas, en el plazo de una semana; tiempos generales de entrega de informes de pruebas en el entorno de los 3 días; tiempos medios de citación para los especialistas más demandados entre 10 y 14 días; tiempos medios de atención facultativa en urgencias de

94 ESTUDIO RESA 2015. Indicadores en resultados de salud de la Sanidad Privada. IDIS (Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad).

24 minutos y de triaje en 7 minutos; el 90 % de los pacientes esperan menos de 54 días para las intervenciones quirúrgicas.

- En el caso concreto de los procesos oncológicos, la rapidez en la acción resulta de especial relevancia. En los centros que aportan información se lleva a cabo la acción clínica, tras la confirmación diagnóstica, en un plazo de 16 días (cáncer de mama) o de 14 (cáncer de colon) e incluso en 10 (cáncer de pulmón).
- La calidad asistencial es, evidentemente, uno de los valores de mayor relieve a considerar y que se pone de manifiesto en el reconocimiento a través de certificaciones y acreditaciones otorgadas por instituciones evaluadoras de prestigio internacional.
- Presencia de indicadores cuantitativos de excelencia en la tasa de supervivencia en infarto de miocardio, o la intervención de cirugía de cadera en 48 horas.
- Implantación de medidas de garantía de seguridad del paciente en los centros, en donde se ha convertido en una práctica habitual
- El confort clínico de los pacientes, con unas proporciones de uso de la sedación en la práctica de endoscopias y colonoscopias acercándose progresivamente al 100 %.

Con el objeto de dimensionar y valorar de forma adecuada y actualizada este sector se ha procedido, por una empresa consultora⁹⁵, a elaborar un estudio de datos recientes (corresponden a 2015), en el que el interlocutor ha sido la Federación Nacional de Clínicas Privadas (FNCP), patronal de la sanidad privada española con más de 550 hospitales y centros sanitarios en España. Dando continuidad a la serie de Encuestas sobre la Sanidad Española iniciadas en el año 2013 conjuntamente entre la Federación Nacional de Clínicas Privadas y el equipo de consultoría Life Sciences & Health Care Deloitte, se ha presentado la tercera Encuesta sobre Aspectos de Gestión en Centros Sanitarios Privados correspondiente al año 2015. Con la presente encuesta, se ha procedido a la actualización de las preguntas dirigidas a estos centros, buscando una mayor adecuación a las inquietudes surgidas entre sus propios gestores a lo largo del año 2015.

⁹⁵ Deloitte Consulting S.L. Life Sciences & Healthcare.

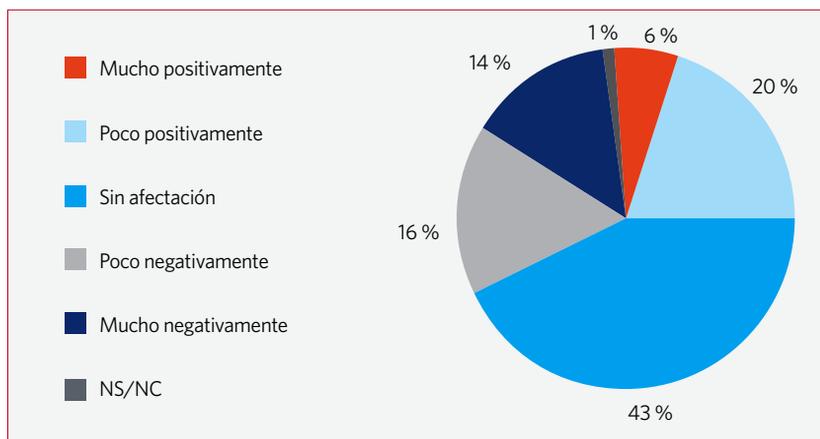
Han sido efectuadas entrevistas a gerentes de 117 clínicas privadas pertenecientes a la Federación Nacional de Clínicas Privadas (FNCP) localizadas en las 17 Comunidades Autónomas así como en Ceuta y Melilla.

Veamos, a continuación el notorio interés que arrojan sus resultados y conclusiones.

PERSPECTIVAS DE RESULTADOS

Se viene viviendo, en el sector sanitario privado, un fenómeno de concentración de empresas, con distinta percepción por los sujetos que pueden verse implicados.

Tras las concentraciones de empresas vividas en el mercado sanitario privado, un 69 % de sus centros declaran haberse visto afectados positivamente, o no haberse visto afectados por las mismas (6 %, más 20 %, más 43 %), frente a un 30 % que declara haberse visto afectado negativamente, en mayor o menor medida (14 %, más 16 %).

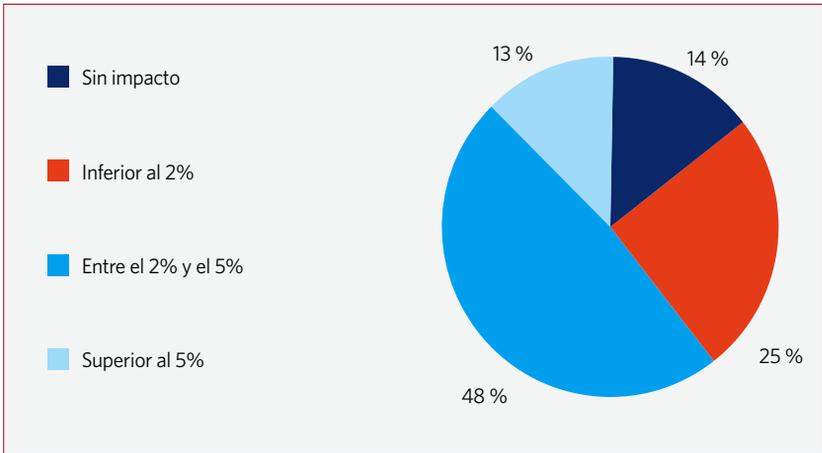


Fuente: FNCP. Encuesta sobre la Sanidad Española 2015

Respecto de la subida del IVA, una clara mayoría de los establecimientos sanitarios privados (el 87 %) considera que les afecta negativamente.

La cuantía estimada del impacto negativo que tendrá esta medida en la rentabilidad del sector se estima que será superior al 5%, en un 13% de las empresas.

Esta minoración será entre un 2 % y un 5 %, el 48 % de aquellas, bajando a tramos inferiores al 2 % un 25 % de los establecimientos.

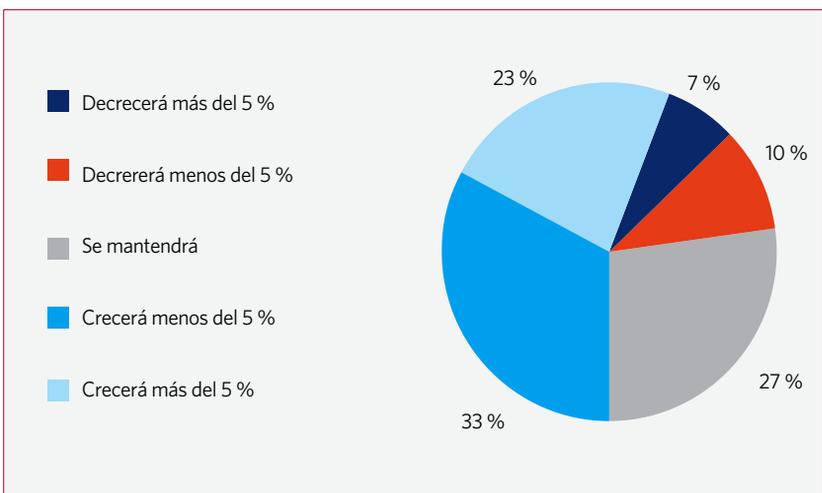


Fuente: FNCP. Encuesta sobre la Sanidad Española 2015

La evolución de la facturación de las clínicas y hospitales privados motiva sentimientos más positivos que negativos en sus responsables.

La visión es optimista, en términos generales, con las siguientes matizaciones. Un 27 % piensan que mantendrá su facturación en términos iguales o muy parecidos en el próximo año, un 23% prevé un crecimiento (superior al 5 %) o inferior a este porcentaje el 33 %.

Por el contrario, un 17 % estima que su facturación se verá minorada el próximo año (en más del 5 % el 7 % de los establecimientos y en menos del 5 %, el 10 % de aquellos).



Fuente: FNCP. Encuesta sobre la Sanidad Española 2015

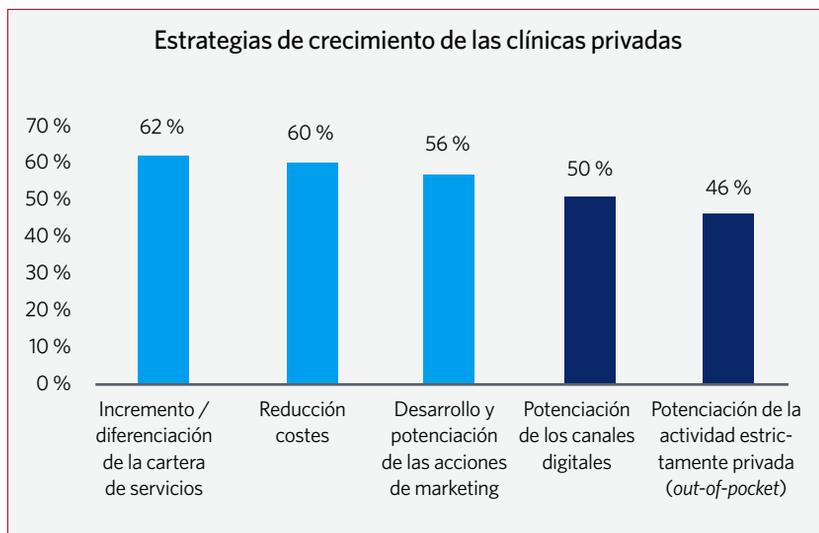
ESTRATEGIAS DE CRECIMIENTO Y CONTENCIÓN DE LA INVERSIÓN

En relación al conjunto de estrategias de crecimiento que se se implementarán por las clínicas privadas en los próximos años, es posible destacar lo siguiente:

Las actividades con mayor representación son el incremento y diferenciación de la cartera de servicios (62 %), la reducción de costes (60 %) así como el desarrollo y potenciación de acciones de marketing (56 %).

Otras estrategias con representación media son la potenciación de los canales digitales (50 %) y de la actividad estrictamente privada (46 %).

Las estrategias de crecimiento con menor representación son la captación y fidelización de profesionales o equipos médicos, la redefinición de las relaciones con las entidades aseguradoras, la creación de alianzas estratégicas entre agentes, así como la potenciación de la atención a pacientes crónicos privados.

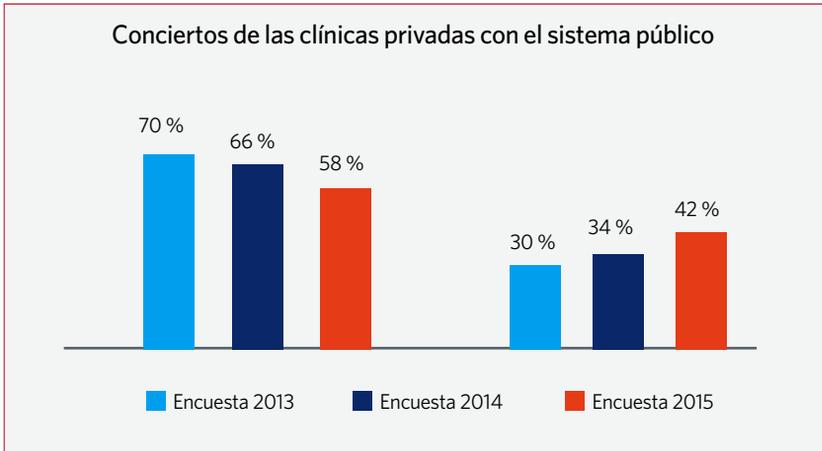


Fuente: FNCP. Encuesta sobre la Sanidad Española 2015

LA CONCERTACIÓN DEL SECTOR CON LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS

La concertación supone un beneficio recíproco para los sectores privado y público, pues si a las clínicas privadas les supone una lícita vía de encontrar sinergias, a las Administraciones sanitarias les posibilita el cumplimiento de objetivos, como la reducción de listas de espera, la eficiencia de la asistencia general que prestan, la realización de pruebas diagnósticas o la gestión de la asistencia a funcionarios.

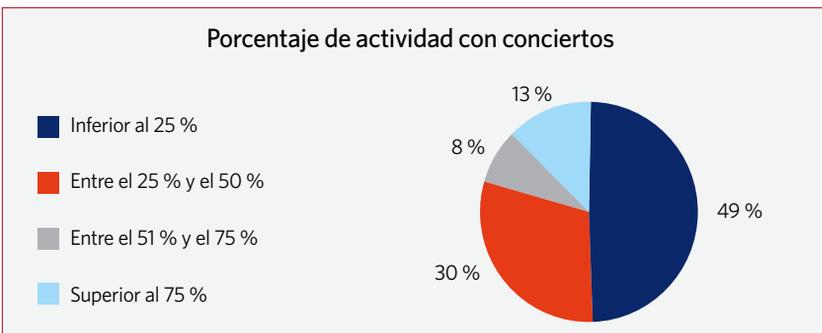
La mayoría de las clínicas privadas tienen concierto con el sistema público, si bien ese porcentaje ha disminuido, del 70 % en 2013 al 58 % en 2015.



Fuente: FNCP. Encuesta sobre la Sanidad Española 2015

De estas, el 49 % de las clínicas privadas declara tener un porcentaje inferior al 25 % de su actividad concertada, mientras que el 51 % de las clínicas privadas restantes afirma tener más del 25 % de su actividad concertada.

Únicamente el 13 % de las clínicas privadas con concierto supera en más del 75 % el nivel de concertación de su actividad.

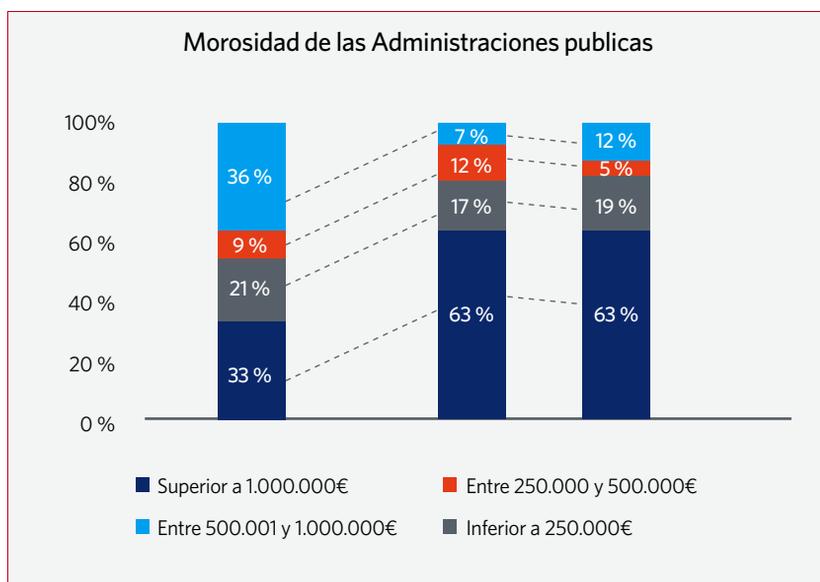


Fuente: FNCP. Encuesta sobre la Sanidad Española 2015

En el 64 % de las clínicas encuestadas, menos del 15 % de su facturación proviene de la actividad estrictamente privada, solamente el 34 % restante recibe un importe superior al 15 % de su facturación por parte de la actividad estrictamente privada.

LA MOROSIDAD DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS CON EL SECTOR

La existencia de deuda por parte de las Administraciones sanitarias al sector privado de clínicas y hospitales es un hecho, si bien muy diversificado en su cuantía dependiendo del caso particular de cada establecimiento. Las cuantías adeudadas, no obstante, son muy importantes y a más del 12 % de aquellos, se les adeudan cantidades superiores al millón de euros. Las empresas del año 2015 a las que se les debe menos de 500.000 representan el 82 % del total, frente al 80 % de clínicas privadas que se encontraban en esta situación el año pasado. Tan sólo un 17 % tiene deudas superiores al 500.000 euros en 2015, frente al 19 % del 2014.

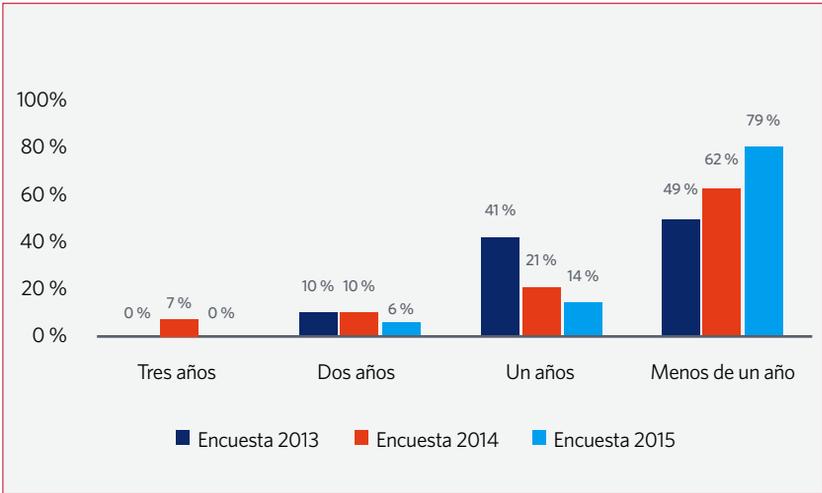


Fuente: FNCP. Encuesta sobre la Sanidad Española 2015

Las clínicas privadas con facturas pendientes de cobro en el año en curso han aumentado 17 puntos porcentuales en el año 2015, en detrimento de las facturas adeudadas con un período de 365 días, que se han reducido notablemente, pasando del 21 % al 14 %.

En lo que respecta a las clínicas con facturas adeudadas de más de 365 días, se han reducido del 17 % al 6 %.

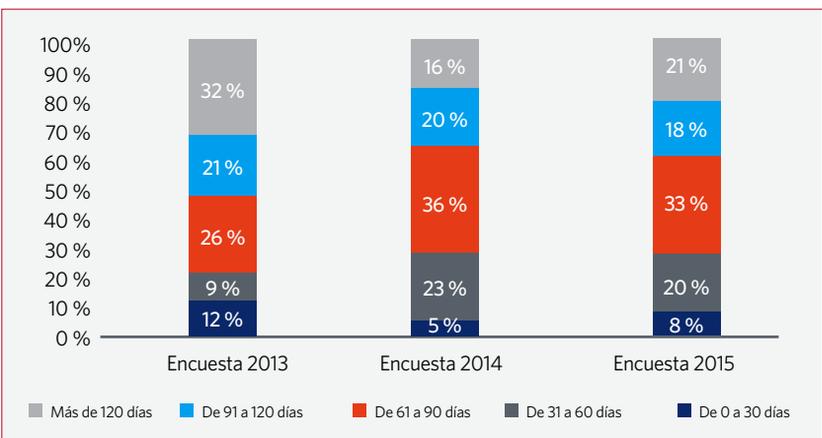
Se confirma una reducción en el tiempo de abono de las facturas adeudadas por las Administraciones Públicas de años anteriores.



Fuente: FNCP. Encuesta sobre la Sanidad Española 2015

El 8 % de las clínicas privadas entrevistadas tiene un plazo medio de pago de la Administración dentro del plazo legal (30 días), cifra que se ha visto ligeramente incrementada respecto del año anterior (5 %).

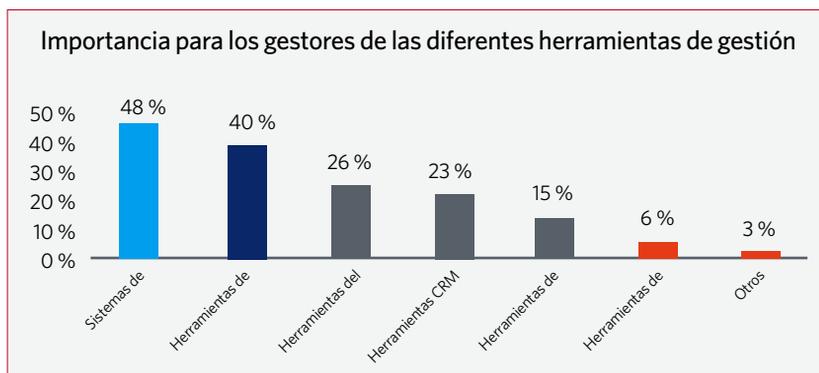
Del 92 % restante, el 53 % de las clínicas privadas tienen un pago medio de facturas entre 1 y 3 meses, cifra que se ha visto ligeramente reducida respecto al año anterior (59 %); mientras que el 39 % de las clínicas privadas tienen un pago medio de facturas superior a 3 meses, frente al 36 % del año 2014. Se reducen en términos generales los plazos de pago de las facturas de las Administraciones Públicas.



Fuente: FNCP. Encuesta sobre la Sanidad Española 2015

HERRAMIENTAS DE GESTIÓN

Los Sistemas de Información considerados por los encuestados en los que más se deberá invertir son los Sistemas de Información Hospitalario (HIS) y las herramientas de comunicación 2.0.



Fuente: FNCP. Encuesta sobre la Sanidad Española 2015

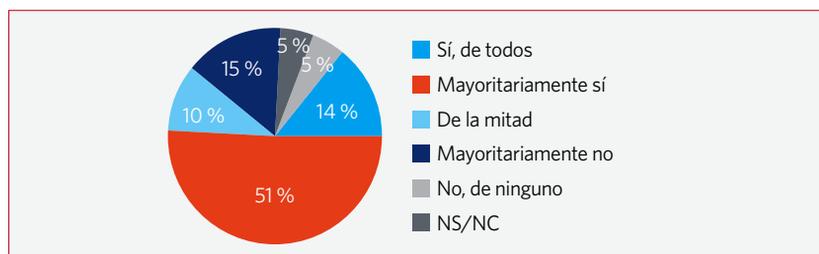
Otras opciones consideradas son las herramientas del ámbito económico-financiero (ERP's), las herramientas CRM y las herramientas de segmentación de pacientes.

Residualmente, se encuentran las herramientas de ABC Costing y las herramientas Business Intelligence entre otros.

Una gran mayoría (65 %) de las clínicas privadas entrevistadas conocen las necesidades de inversión exactas de sus procesos asistenciales, completamente o mayoritariamente.

El 9 % de los encuestados conocen las necesidades de inversión exactas de la mitad de sus procesos asistenciales.

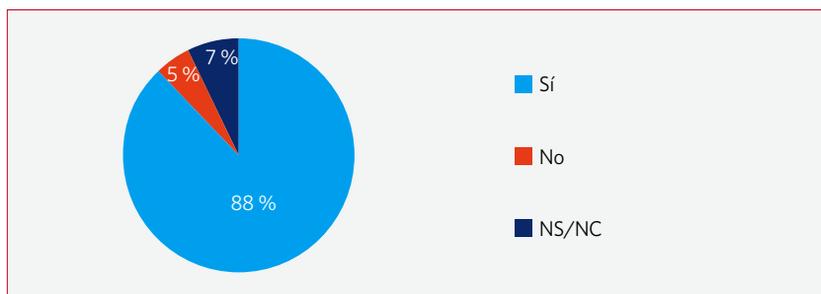
Un 20 % de los encuestados todavía no conocen las necesidades de inversión de sus procesos asistenciales, completamente o mayoritariamente.



Fuente: FNCP. Encuesta sobre la Sanidad Española 2015

LAS ACREDITACIONES DE CALIDAD

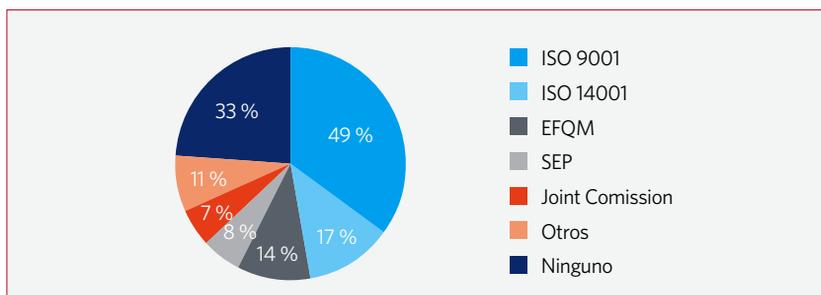
La mayoría de clínicas privadas entrevistadas (88%) creen que las acreditaciones de calidad suponen un valor añadido para su centro sanitario, frente a un 5% que creen lo contrario.



Fuente: FNCP. Encuesta sobre la Sanidad Española 2015

Una gran mayoría las clínicas entrevistadas cuentan con al menos una acreditación de calidad (un 33% no posee ninguna), siendo la certificación ISO 9001 la más común con un margen considerable (49% de las clínicas).

Las acreditaciones adicionales con mayor índice de implantación son la ISO 14001 (17%), la EFQM (14%), la SEP (8%) y la Joint Comission (7%).



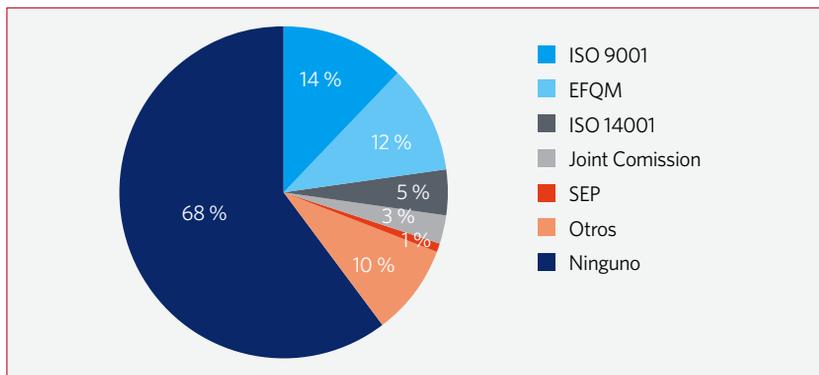
Fuente: FNCP. Encuesta sobre la Sanidad Española 2015

En lo relativo a la acreditación pendiente de certificaciones de calidad, el 14% de clínicas privadas declaran encontrarse en proceso de la obtención de la certificación ISO 9001, un 12% de las clínicas privadas de la obtención de la certificación EFQM y el 5% de clínicas privadas de la obtención de la certificación ISO 14001.

Aisladamente, ciertas clínicas privadas se encuentran en el proceso de obtención de acreditaciones como la certificación Joint Comission, la certi-

ficación SEP, la certificación DIAS o la certificación QH, entre otras.

La gran mayoría, un 68 % de las clínicas privadas, no se encuentra en ningún proceso de acreditación.



Fuente: FNCP. Encuesta sobre la Sanidad Española 2015

Aseguradoras

Las prestaciones contratadas pueden manifestarse a través de alguna de las siguientes modalidades de aseguramiento:

A. Asistencia sanitaria

El asegurador se compromete a proporcionar a las personas aseguradas asistencia médica, hospitalaria y quirúrgica, por medio de un cuadro concertado de facultativos que la entidad pone a su disposición, a través de una de estas formas:

- Seguros individuales: Existe un sólo asegurado.
- Seguros familiares: En un mismo contrato se da cobertura a una unidad familiar, compuesta por los cónyuges, hijos y ascendientes que convivan con el titular del contrato.
- Seguros colectivos. Agrupan a varias personas sin parentesco, entre sí. Son, también, denominados seguros de grupo. Los más habituales son los referidos a los trabajadores de una empresa.

B. Reembolso de gastos.

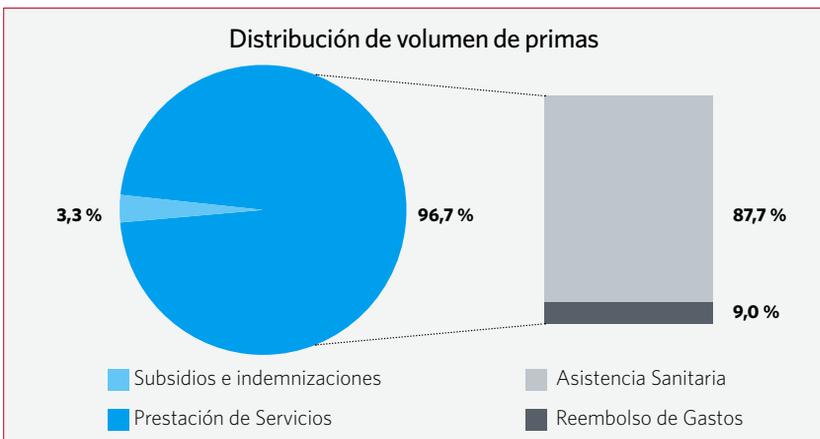
Se garantiza, en esta modalidad asegurativa, el reembolso de los gastos médicos abonados previamente por el asegurado hasta un porcentaje

determinado en el contrato y mediante el establecimiento de franquicias o cantidades exentas de pago por la aseguradora. Habitualmente, las entidades aseguradoras trabajan con un cuadro médico recomendado, estableciéndose en la póliza el reintegro al 100 % de los gastos médicos si se accede a cualquier médico del cuadro. En caso contrario, el reintegro de los gastos puede tener una franquicia del 10 % o del 20 % o en porcentaje superior, según se establezca en el contrato de seguro.

C. Subsidios.

El asegurador se compromete, en esta modalidad a satisfacer al asegurado las cantidades pactadas, por una sola vez o en forma de subsidio diario, en caso de que se produzca alguno de los hechos previstos en el contrato, relativos a la salud del asegurado, previo cobro de la correspondiente prima.

Esta última modalidad es minoritaria, siendo la primera de las mencionadas (asistencia sanitaria) el tipo mayoritario de aseguramiento escogido por los usuarios de la Sanidad Privada en 2015.



Fuente: UNESPA. Propuestas para el Libro Blanco de la Sanidad y lo Sociosanitario

IMPORTANCIA ECONÓMICA

Hablamos de cantidades relevantes y en crecimiento sostenido. El volumen de primas del ramo de salud alcanzó, en el ejercicio 2014, los 7.126,2 millones de euros, lo que representa un incremento del 3,27 % respecto al mismo período del año precedente. Como se puede apreciar, la base de ese incremento ha sido la modalidad de asistencia sanitaria, alcanzando ésta un 87,7 % de las primas totales del ramo, cifra que ya hemos visto en el gráfico anterior.

Volumen de orimas imputadas			
	Enero - Diciembre 2014	Crecimiento interanual	Distribución
Asistencia sanitaria sin AA PP	4.745.312.326,94	5,07 %	66,59 %
AA PP	1.505.868.674,41	0,26 %	21,13 %
Asistencia sanitaria	6.251.191.001,35	3,87 %	87,72 %
Reembolso de gastos	641.997.592,43	0,85 %	9,01 %
Prestación de servicios	6.893.188.593,79	3,58 %	96,73 %
Subsidios e indemnizaciones	232.969.252,07	-5,04 %	3,27 %
Total volumen de primas imputadas	7.126.157.845,86	3,27 %	100 %

Fuente: UNESPA. Propuestas para el Libro Blanco de la Sanidad y lo Sociosanitario. ICEA

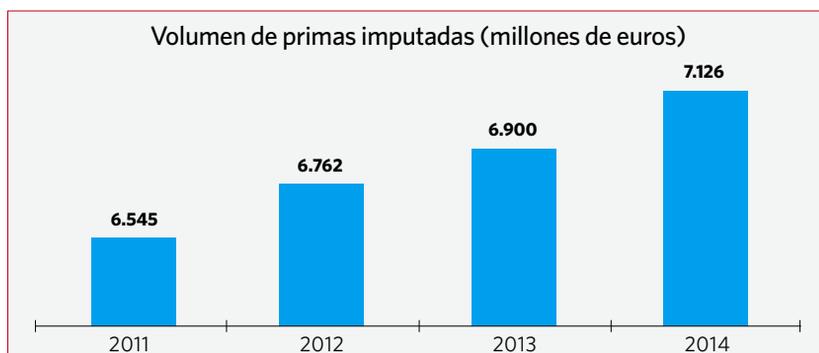
Como acabamos de apuntar y se refleja en el gráfico precedente el crecimiento interanual de la primas es constante y sostenido.

Se muestra a continuación ese 3,27 %, en crecimiento anual del volumen económico de las primas próximo a 200 millones de euros anuales.

Número total de asegurados				
Modalidad	2011	2012	2013	2014
Asistencia Sanitaria sin AA PP	4.189.200.975,12	4.381.021.141,23	4.516.422.099,09	4.745.312.326,94
Administraciones Públicas	1.446.230.425,83	1.471.497.868,39	1.502.001.644,44	1.505.878.674,41
Asistencia sanitaria	5.635.431.400,95	5.852.519.009,61	6.018.423.743,53	6.251.191.001,35
Reembolso de gastos	645.361.190,89	654.674.983,27	636.570.038,81	641.997.592,43
Prestación de servicios	6.280.792.591,84	6.507.193.992,88	6.654.993.782,34	6.893.188.593,79
Subsidios e indemnizaciones	263.812.042,99	255.079.796,39	245.335.207,03	232.969.252,07
Total volumen de primas imputadas	6.544.604.634,83	6.762.273.789,27	6.900.328.989,37	7.126.157.845,86

Fuente: UNESPA. Propuestas para el Libro Blanco de la Sanidad y lo Sociosanitario

Una visión menos precisa pero visualmente más perceptiva es trasladar este crecimiento a una gráfica de columnas, en la que comprobamos el crecimiento del ramo de salud en tasas próximas al 3 % anual.



Fuente: UNESPA. Propuestas para el Libro Blanco de la Sanidad y lo Sociosanitario

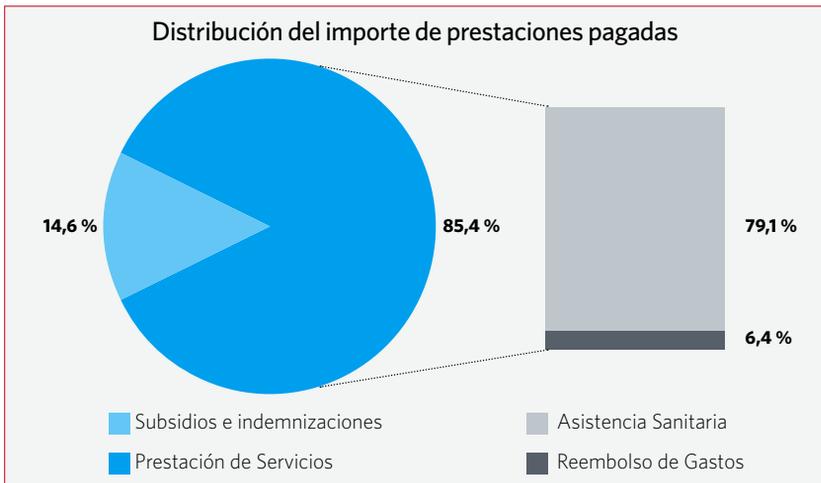
ASEGURADOS

Utilizando los mismos criterios que al analizar los datos económicos de las primas, vamos a examinar el número total de asegurados, su crecimiento interanual y la distribución por tipo de aseguramiento.

Número total de asegurados			
	A 31 de Diciembre 2014	Crecimiento interanual	Distribución
Asistencia sanitaria sin AA PP	6.385.912	3,36 %	60,62 %
AA PP	1.943.270	-0,86 %	18,45 %
Asistencia sanitaria	8.329.182	2,34 %	79,07 %
Reembolso de gastos	672.120	-2,59 %	6,38 %
Prestación de servicios	9.001.303	1,96 %	85,45 %
Subsidios e indemnizaciones	1.532.778	-4,36 %	14,55 %
Total número de asegurados	10.534.080	0,99 %	100 %

Fuente: UNESPA. Propuestas para el Libro Blanco de la Sanidad y lo Sociosanitario. ICEA

El número de asegurados del ramo de salud sobrepasó, en 2014, los 10,5 millones, lo que representa un incremento del 1 % respecto al cierre del año 2013. La base de este incremento tiene lugar, esencialmente, por un crecimiento del 2,3 % en la modalidad de asistencia sanitaria que acumula el 79,1 % de los asegurados.



Fuente: UNESPA. Propuestas para el Libro Blanco de la Sanidad y lo Sociosanitario

El crecimiento del número interanual es constante, con la excepción del año 2012, en el que se registró un ligero descenso en las cifras totales, después recuperado ampliamente en 2013 y 2014. En el seguro de asistencia sanitaria,

sin embargo, producto estrella, podríamos decir, el crecimiento es sostenido y progresivo, habiendo ganado en 4 años en torno a un 4 % de asegurados.

Prestaciones pagadas				
Modalidad	2011	2012	2013	2014
Asistencia Sanitaria sin AA PP	5.925.081	6.033.196	6.178.274	6.385.912
Administraciones Públicas	1.980.391	1.969.246	1.960.035	1.943.270
Asistencia sanitaria	7.905.472	8.002.442	8.138.366	8.329.182
Reembolso de gastos	725.758	698.834	689.976	672.120
Prestación de servicios	8.631.230	8.701.276	8.828.365	9.001.303
Subsidios e indemnizaciones	1.730.332	1.654.585	1.602.633	1.532.778
Total número de asegurados	10.361.561	10.355.862	10.430.926	10.534.080

Fuente: UNESPA. Propuestas para el Libro Blanco de la Sanidad y lo Sociosanitario. ICEA

Acudimos, otra vez, a una gráfica de columnas para comprobar el hecho incuestionable del incremento del número de asegurados, en una tasa próxima al 6 % anual. Podemos constatar, una vez más que la locomotora que tira de este complejo entramado es el seguro de asistencia sanitaria, con crecimientos en el entorno del 1,8 %.



Fuente: UNESPA. Propuestas para el Libro Blanco de la Sanidad y lo Sociosanitario

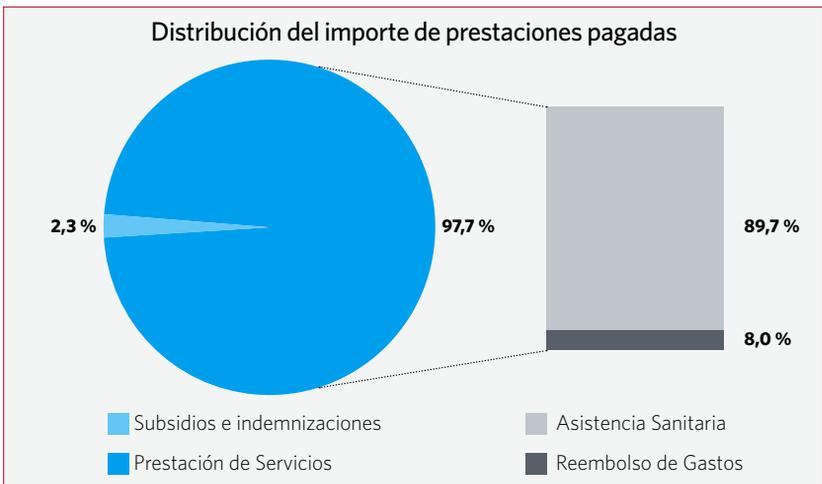
PRESTACIONES

Podemos examinar en el gráfico que sigue el desglose por modalidades, a cierre del año 2014, de las prestaciones pagadas y su crecimiento interanual, así como el peso de cada modalidad sobre el total de prestaciones:

Prestaciones pagadas			
	Enero - Diciembre 2014	Crecimiento interanual	Distribución
Asistencia sanitaria sin AA PP	3.444.261.501,72	1,86 %	62,82 %
AA PP	1.473.188.915,29	0,46 %	26,87 %
Asistencia sanitaria	4.917.450.417,01	1,44 %	89,69 %
Reembolso de gastos	438.560.534,56	-1,38 %	8,00 %
Prestación de servicios	5.356.020.952,57	1,20 %	97,69 %
Subsidios e indemnizaciones	126.804.482,11	-7,61 %	2,31 %
Total volumen de prestaciones pagadas	5.482.815.433,68	0,98 %	100 %

Fuente: UNESPA. Propuestas para el Libro Blanco de la Sanidad y lo Sociosanitario. ICEA

Se puede constatar, como es fácil concluir, que el pago de prestaciones del seguro de asistencia sanitaria es absolutamente mayoritario respecto del resto de las prestaciones aseguradas, alcanzando casi el 90 % del importe del conjunto.



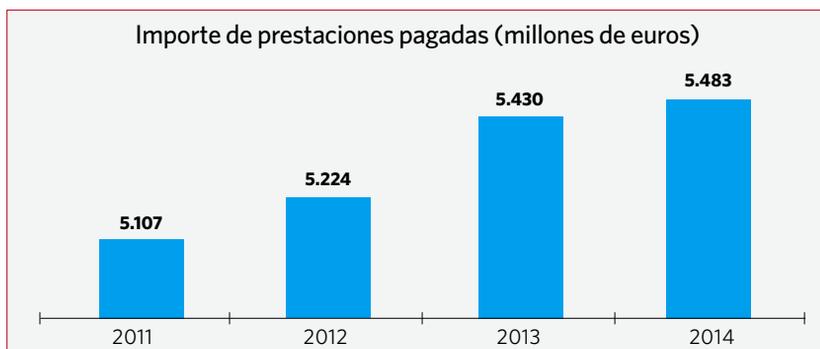
Fuente: UNESPA. Propuestas para el Libro Blanco de la Sanidad y lo Sociosanitario.

Tal y como se ha señalado anteriormente, el importe de las prestaciones pagadas del ramo de salud alcanzó los 5.482,8 millones de euros, con un incremento cercano al 1 % respecto al mismo período del año anterior, producido, principalmente, por la modalidad de asistencia sanitaria, única con un crecimiento del 1,4 % interanual.

Evolución importe prestaciones pagadas				
Modalidad	2011	2012	2013	2014
Asistencia Sanitaria sin AA PP	3.136.826.930,48	3.235.093.571,8	3.381.237.786,60	3.444.261.501,72
Administraciones Públicas	1.366.497.203,31	1.395.281.208,09	1.466.437.541,13	1.473.188.915,29
Asistencia sanitaria	4.503.324.133,79	4.630.374.779,91	4.847.675.327,73	4.917.450.417,01
Reembolso de gastos	449.440.442,94	444.880.653,09	444.698.770,97	438.560.534,56
Prestación de servicios	4.952.764.576,73	5.075.255.433,00	5.292.374.096,69	5.356.010.951,57
Subsidios e indemnizaciones	154.651.963,12	148.904.602,57	1137.242.691,56	126.804.482,11
Total volumen de primas imputadas	5.107.416.539,85	5.224.160.035,57	5.429.616.790,25	5.482.815.433,68

Fuente: UNESPA. Propuestas para el Libro Blanco de la Sanidad y lo Sociosanitario. ICEA

Las prestaciones del Ramo de Salud se han venido incrementando en los últimos años a razón de una tasa media cercana al 2,5 %, siendo la modalidad de Asistencia Sanitaria la que más contribuyó a dicho crecimiento con una tasa positiva media próxima al 3 %.



Fuente: UNESPA. Propuestas para el Libro Blanco de la Sanidad y lo Sociosanitario

COMPOSICIÓN DEL SECTOR. SEGUROS INDIVIDUALES / SEGUROS COLECTIVOS

Como hemos expresado al comienzo de este apartado dedicado a los seguros privados de salud, según el número de sujetos que proteja la póliza, pueden ser individuales o colectivos. Mostramos, en los gráficos siguientes, el desglose del volumen de primas por tipo de negocio a cierre del año 2014.

Individuales	Enero-Diciembre 2014	Crecimiento interanual
Asistencia sanitaria total	4.495.083.285,16	2,89 %
Asistencia sanitaria (modalidad)	2.758.038.600,40	3,83 %
Administraciones Públicas	1.505.878.674,41	0,26 %
Total concesiones administrativas (UTE)	120.295.254,98	2,23 %
Seguro dental	110.870.755,37	19,46 %
Reembolso de gastos	331.839.049,92	0,57 %
Prestación de servicios	4.826.922.335,09	2,73 %
Subsidios e indemnizaciones	222.166.007,32	-4,89 %
Total volumen de primas imputadas individual	5.049.088.342,41	2,37 %

Fuente: UNESPA. Propuestas para el Libro Blanco de la Sanidad y lo Sociosanitario. ICEA

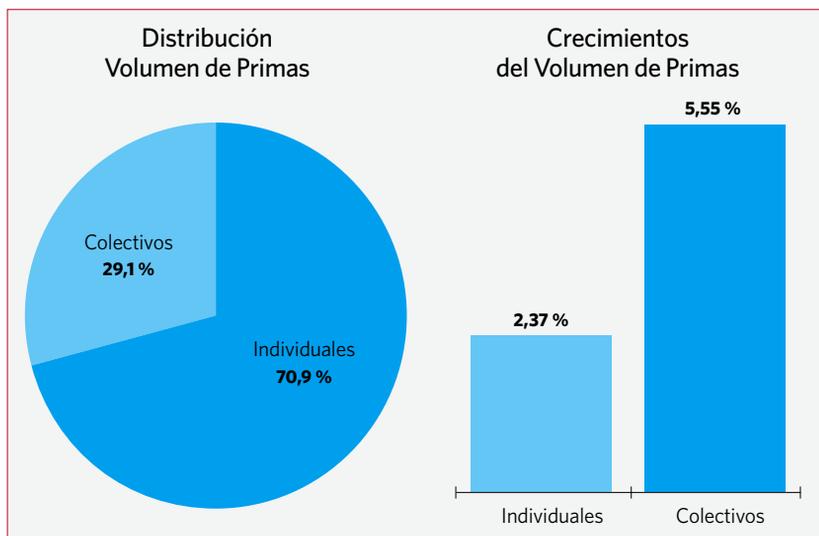
Con la excepción de la modalidad de subsidios e indemnizaciones, el crecimiento es claro en todos los otros tipos de seguro, siendo de destacar el fuerte repunte del seguro dental, con un crecimiento del 19,46 %.

Colectivos	Enero-Diciembre 2014	Crecimiento interanual
Asistencia sanitaria total	1.756.107.716,19	6,46 %
Colectivos de asistencia	1.614.189.784,91	6,85 %
Federaciones, clubs, colegios y similares	9.303.040,46	-9,91 %
Seguro dental	72.614.890,82	0,34 %
Reembolso de gastos	310.158.542,51	1,16 %
Prestación de servicios	2.066.266.259,70	5,63 %
Subsidios e indemnizaciones	10.803.244,76	-8,03 %
Total volumen de primas imputadas colectivos	2.077.069.503,45	5,55 %

Fuente: UNESPA. Propuestas para el Libro Blanco de la Sanidad y lo Sociosanitario. ICEA

Al igual que sucede en los seguros individuales, en la modalidad colectiva hay una minoración en el tipo de subsidios e indemnizaciones, con un crecimiento del número del volumen de primas, siendo de destacar que hay una singular minoración en la modalidad de federaciones, clubes, colegios y similares.

El comportamiento de los seguros individuales y colectivos es muy distinto, pues el mayor importe de las primas corresponde con mucha diferencia a los primeros (el 70,9 %), pero, sin embargo, los colectivos, en su menor importe global, muestran un crecimiento mucho mayor, más que doblando en esa tendencia a los seguros individuales, como podemos examinar en el gráfico siguiente.



Fuente: UNESPA. Propuestas para el Libro Blanco de la Sanidad y lo Sociosanitario

Analizamos, seguidamente, el desglose del número de asegurados por tipo de negocio a cierre del año 2014.

Individuales	A 31 de Diciembre 2014	Crecimiento interanual
Asistencia sanitaria total	5.335.780	0,17 %
Asistencia sanitaria (modalidad)	3.392.510	0,77 %
Administraciones Públicas	1.943.270	-0,86 %
Total concesiones administrativas (UTE)	1.034.301	0,56 %
Seguro dental	1.695.192	6,50 %
Reembolso de gastos	305.278	3,91 %
Prestación de servicios	5.641.058	-0,06 %
Subsidios e indemnizaciones	1.431.621	-4,72 %
Total número de asegurados individual	7.072.679	-1,03 %

Fuente: UNESPA. Propuestas para el Libro Blanco de la Sanidad y lo Sociosanitario

Al analizar el peso del volumen de las primas de los seguros individuales sobre los colectivos, vimos su importancia (70,9 % frente a 29,1 %). Esa diferencia del modelo individual sobre el colectivo se repite cuando nos referimos al número de asegurados, 67,1 % en las pólizas individuales, frente al 32,9 % de las colectivas.

Colectivos	A 31 de Diciembre 2014	Crecimiento interanual
Asistencia sanitaria total	2.993.403	6,46 %
Colectivos de asistencia	2.993.403	6,46 %
Federaciones, clubs, colegios y similares	400.489	-2,17 %
Seguro dental	1.466.985	0,90 %
Reembolso de gastos	366.842	-1,46 %
Prestación de servicios	3.360.245	5,53 %
Subsidios e indemnizaciones	101.156	-1,01 %
Total número de asegurados colectivos	3.461.401	5,39 %

Fuente: UNESPA. Propuestas para el Libro Blanco de la Sanidad y lo Sociosanitario

En cuanto a su tendencia de crecimiento interanual en el volumen de asegurados, observamos que se comporta de forma muy parecida a como hemos visto respecto del volumen de primas, con una significativa diferencia. El número de asegurados en seguros colectivos aumenta más que el de seguros individuales, igual que sucede respecto del volumen de primas (un 5,4 %, en concreto), pero el volumen de asegurados individuales, no es que crezca menos, es que decrece un 1 %. Esta modalidad de seguro, se dirige al modo colectivo.

EL ASEGURAMIENTO PRIVADO DE ASISTENCIA SANITARIA EN EUROPA

» Modalidades de seguro que se utilizan:

El análisis de esta tipología responde a la relación que tiene el seguro privado de salud con la prestación pública de esta modalidad. Se muestran los siguientes modelos:

- Seguro duplicado: Partiendo de una cobertura pública (tendencialmente) universal, un porcentaje de la población contrata, además, una póliza de un seguro sanitario privado. La persona podrá utilizar los servicios del sistema público o del seguro privado, de acuerdo con sus preferencias en cada momento. Es la forma predominante en España.
- Seguro sustitutivo: Se utiliza en aquellos países en los que se permite a determinados colectivos el acceso a un seguro privado que, en ese caso, sustituirían al sistema público. No hay una cobertura duplicada, sino que los cubiertos bajo este sistema por el seguro privado sólo

tienen la cobertura privada. Es el caso en nuestro país del sistema de Mutualidades de funcionarios o la situación del seguro privado en Alemania. Ofrece coberturas que de otra forma serían facilitadas por el Estado. En este caso, los servicios proporcionados por las compañías aseguradoras privadas suelen ofrecer las mismas prestaciones que el seguro público.

- **Seguro complementario:** Esta modalidad de seguro cubre determinadas prestaciones no cubiertas por el sistema público. Es el caso del seguro dental en España o del seguro que cubre el copago en Francia.

Hay importantes diferencias de cobertura según países.

» Situación en España.

El papel imperante es el del seguro duplicado, tanto en términos de volumen económico de las primas como en el de las pólizas suscritas. En proporción muy inferior existen seguros sustitutos y complementarios.

Rol duplicado	Rol sustitutivo	Rol complementario
Asistencia sanitaria Reembolso (Pólizas individuales/colectivas)	Mutualismo administrativo	Seguro dental

Fuente: UNESPA. Propuestas para el Libro Blanco de la Sanidad y lo Sociosanitario

▪ Aseguramiento duplicado

Las pólizas privadas (individuales o colectivas) alcanzan a un volumen poblacional en torno al 20 % con una sólida implantación que supone, para el titular de la póliza, un beneficio añadido al sistema público de salud. En España, debemos destacar que es una excepción entre otros países con seguro duplicado donde el peso económico sobre la inversión sanitaria total y de afiliación es muy inferior (casos como Reino Unido y Suecia).

Las razones concretas que impulsan a la suscripción de pólizas privadas en duplicidad con la medicina pública son, fundamentalmente: evitar listas de espera, habitación individual en caso de hospitalización, trato más personalizado y acceso directo a especialistas.

▪ Aseguramiento sustitutivo

En los casos en que el ciudadano pertenezca a determinados colectivos

funcionariales puede, a través de su integración en el sistema de mutualismo administrativo, suscribir un aseguramiento sustitutivo del Sistema Público.

En 1975 se crea el modelo de asistencia sanitaria para los funcionarios del Estado, habiéndose consolidado desde entonces una estructura de tres Mutualidades para cada uno de los colectivos protegidos por este sistema.

- MUFACE (Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado)
- MUGEJU (Mutualidad General Judicial)
- ISFAS (Instituto Social de las Fuerzas Armadas)

La principal característica del modelo es la capacidad de elección, por parte del mutualista y con periodicidad anual, entre una provisión sanitaria a través de medios públicos o privados y, entre estos, la posibilidad de elegir entre varios proveedores.

A través de este sistema se presta asistencia sanitaria en torno a dos millones de españoles entre titulares y beneficiarios. La mayor parte de esta población (un 85 %) elige la cobertura sanitaria por parte de entidades de seguro privado, frente al 15 % restante que opta por ser atendido por el Sistema Sanitario Público.

■ Aseguramiento complementario

En cualquier caso, quien quiera puede adherirse a pólizas de aseguramiento complementario, sobre el sistema público o sobre el privado, entre las cuales cuentan con gran extensión las de seguro dental.

CONCLUSIÓN NECESARIA

El aseguramiento de la asistencia sanitaria privada a la población española permite descongestionar la sanidad pública y colaborar con ésta en distintos servicios y prestaciones que son concertadas.

El Sistema de Salud de España está compuesto de dos partes articuladas y coordinadas: una parte pública y otra privada, tanto en el ámbito del aseguramiento como en la provisión, situación parecida a países de Europa que ya han optado, como hemos visto anteriormente, por esta solución, como es el caso expuesto de Alemania. No obstante, aún quedan oportunidades de un mejor aprovechamiento y coordinación entre el sector privado y el público que deben explorarse.

Las entidades aseguradoras cumplen una función al aliviar la presión sobre el sistema público apostando, con el apoyo privado en la gestión, por un sistema público menos sobrecargado, contribuyendo a hacerlo sostenible, a racionalizarlo y a reducir la carga que pesa sobre su parte pública.

Con la participación de las entidades aseguradoras se trataría de ampliar gradualmente las experiencias existentes, el seguro de empresa y el mutualismo administrativo.

Se partiría de experiencias muy sólidas, teniendo en cuenta que el Seguro de Empresa ha crecido durante el período de crisis y el Mutualismo Administrativo se mantiene en los últimos años.

El deterioro del Sistema Nacional de Salud, por los ajustes presupuestarios que ha sufrido, es de prever que estimulará el crecimiento del seguro privado de salud. A este respecto, las entidades de seguro privado pueden aportar soluciones de gestión y racionalización para dicho Sistema.

La crisis que ha afectado al Sistema Nacional de Salud ha dejado patente la oportunidad de contar con las compañías de seguro mediante el estímulo la colaboración público-privada.

Entre 2009 y 2013 la inversión sanitaria pública ha disminuido en 10.000 millones de euros. La proporción del PIB dedicada a inversión pública sanitaria ha pasado de 6,74 % (2009) al 6 % (2013).

El Pacto de Estabilidad acordado con la Comisión Europea prevé mantener estancado la inversión sanitaria pública hasta el año 2017 (último año de vigencia del Pacto) en torno a 63.000 millones de euros, equivalente al 5,3 % del PIB en dicho año. La cifra de 73.000 millones de euros alcanzada en el año 2009 no se recuperará en mucho tiempo.

El Sistema Nacional de Salud incurrió en desviaciones presupuestarias y saneamientos sobre las cuales la Unión Europea impone su supresión y esto supone un cambio estructural que plantea interrogantes acerca de cómo se han de mantener las prestaciones actuales, las instalaciones y un seguro público para todos los ciudadanos.

Mutuas

QUÉ SON

Las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social son instituciones con más de 115 años de historia. De conformidad con lo previsto en el artículo 80.1 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, se definen como “asociaciones privadas de empresarios constituidas mediante autorización del Ministerio de Empleo y Seguridad Social e inscripción en el Registro especial dependiente de éste, que tienen por finalidad colaborar en la gestión de la Seguridad Social, bajo la dirección y tutela del mismo, sin ánimo de lucro y asumiendo sus asociados responsabilidad mancomunada en los supuestos y con el alcance establecidos en esta ley”.

Como continúa el citado precepto, las Mutuas, una vez constituidas, adquieren personalidad jurídica propia y capacidad de obrar para el cumplimiento de sus fines, extendiéndose su ámbito de actuación a la totalidad del territorio del Estado.

QUÉ HACEN

Esta actividad consiste en el desarrollo, a través de la colaboración con el Ministerio de Empleo y Seguridad Social, de las siguientes funciones propias de la Seguridad Social (artículo 80.2 Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social):

- La gestión de las prestaciones económicas y de la asistencia sanitaria, incluida la rehabilitación, comprendidas en la protección de las Contingencias de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (Contingencias Profesionales), así como de las actividades de prevención de las mismas Contingencias que dispensa la acción protectora.
- La gestión de la prestación económica por Incapacidad Temporal derivada de Contingencias Comunes.
- La gestión de las prestaciones por Riesgo durante el Embarazo y Riesgo durante la Lactancia Natural.
- La gestión de las prestaciones económicas por Cese en la Actividad de los Trabajadores por Cuenta Propia.
- La gestión de la prestación por Cuidado de Menores afectados por Cáncer u otra Enfermedad Grave.

- Todas aquellas actividades de la Seguridad Social que les sean atribuidas legalmente.

CUÁLES SON SUS APORTACIONES⁹⁶

- Los 20.632 trabajadores que las conforman, quienes aportan todo su conocimiento, experiencia, pasión y motivación por el trabajo bien hecho, como valores intrínsecos que marcan el día a día de todo el equipo humano de las Mutuas.
- Los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales que han conseguido evitar.
- La asistencia sanitaria prestada a los trabajadores que lo necesitaron, con motivo de más de 1,1 millones de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, con o sin baja, a través de casi 18 millones de actos médicos, realizados por más de 10.200 profesionales sanitarios, en 23 hospitales y en más de 960 centros ambulatorios.
- Los recursos técnicos más avanzados al servicio de la salud de los trabajadores.
- La garantía de salud de más de 70.000 mujeres trabajadoras embarazadas y de sus futuros hijos, para las que no ha sido posible adaptar sus puestos de trabajo, o reubicarlos en las empresas, habiéndose abonado en prestaciones un total de 275 millones de euros en 2012, y de 304 millones de euros en 2013.
- El tiempo para que más de 1.200 madres y padres puedan cuidar de sus hijos con enfermedades graves.
- La ayuda prestada a más de 12.000 trabajadores accidentados o enfermos, o sus familiares, que se encontraban en situación de especial necesidad, a los que se les ha prestado la necesaria atención domiciliaria o psicológica, se les ha ayudado a adaptar sus viviendas o vehículos, así como a la adquisición de dispositivos para facilitarles su vida cotidiana.
- La gestión de más de 2,7 millones procesos de baja por enfermedad o accidente no laboral, por una parte adelantando pruebas y tratamientos médicos, cuando se requiere, para lograr la mejor recuperación de los

⁹⁶ Datos cerrados a 2014.

trabajadores y, por otra parte, realizando controles médicos y propuestas de alta para tratar de salvar, en su caso, los efectos derivados, bien de la burocracia o bien del uso indebido, consiguiendo con ello evitar que las empresas y el Sistema de Seguridad Social, incurran en costes innecesarios, en la medida de lo posible.

- La excelencia en la gestión y en el servicio. Sobre más de 3,1 millones de procesos gestionados, se interpusieron a las Mutuas un total de 9.044 reclamaciones, lo que en concepto representa que únicamente 2,9 trabajadores por cada 1.000 manifestaron algún tipo de disconformidad con la actuación de las Mutuas.
- Las aportaciones económicas que realizan al Sistema de Seguridad Social, destacando los 800 millones de euros anuales para el sostenimiento de los Servicios Comunes, y un acumulado previsto para el mes de julio de 2015 en los Fondos de Seguridad Social, con origen en los fondos existentes en las Mutuas, de 8.892 millones de euros, en el nuevo Fondo de Contingencias, y de 1.470 millones de euros en el Fondo de Reserva, que actualmente se están destinando a ayudar al pago de las Pensiones.
- Agentes estratégicos para prevenir, curar, rehabilitar y readaptar, con la máxima calidad, a los trabajadores accidentados o enfermos y para mantener y mejorar, la seguridad y salud en las empresas.
- Las funciones realizadas por las Mutuas aportan competitividad a las empresas españolas, y ayudar al sostenimiento de las cuentas públicas y favoreciendo el crecimiento económico, además de la creación de empleo como mejor sistema de protección social.

Actualmente, más del 98 % de las empresas españolas confían en una Mutua para proteger la salud de sus trabajadores.

A.- RECURSOS HUMANOS

- El personal que estuvo en plantilla en 2012 en centros propios, independientemente del tipo de contrato, fue de 23.338 empleados. Dicha plantilla estaba formada por 4.313 Médicos (un 18,48 %), 6.880 profesionales sanitarios no médicos (un 29,48 %) y 12.145 empleados (un 52,04 %), correspondientes a personal no sanitario. De acuerdo al número de horas (totales/convenio), la estimación para la plantilla neta sería de 20.863 empleados.

- El personal que estuvo en plantilla en 2013, independientemente del tipo de contrato, fue de 23.254 empleados. Dicha plantilla estaba formada por 4.334 Médicos (un 18,64 %), 7.079 profesionales sanitarios no Médicos (un 30,44 %) y 11.841 empleados, correspondientes a personal no sanitario (un 50,92 %). De acuerdo al número de horas (totales/convenio), la estimación para la plantilla neta sería de 20.888 empleados.

B.- CENTROS:

- El número de centros en 2012 ascendió a 1.429 (978 asistenciales y 451 administrativos) y, en 2013, a 1.426 (993 asistenciales y 433 administrativos).

C.- POBLACIÓN PROTEGIDA:

- El total de población protegida por Contingencias Profesionales, en los años 2012 y 2013, fue de 12.315.309 y 12.161.070 trabajadores, respectivamente.
- En 2013, el 89 % de la población protegida por Contingencias Profesionales se encontraba a menos de 25 kilómetros del centro médico, el 7 %, a menos de 50 kilómetros y el 4 %, a más de 50 kilómetros.

D.- ACTUACIONES SANITARIAS DEL SECTOR DE MUTUAS COLABORADORAS CON LA SEGURIDAD SOCIAL⁹⁷

- El total de las actuaciones sanitarias realizadas por las Mutuas en los años 2012 y 2013 fue de 14.304.009 y 14.662.570 actuaciones, respectivamente.
- El total de actuaciones sanitarias incluye las realizadas por Contingencias Profesionales, Control de la Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes, actuaciones sustentadas en conciertos (asistencia sanitaria, principalmente por Contingencias Profesionales de trabajadores protegidos por una Mutua diferente) y otras causas distintas a las anteriores.

⁹⁷ Datos cerrados a 2012 y 2013.

- De entre los anteriores tipos de actuaciones, en 2012, se realizaron 10.758.774 actuaciones sanitarias derivadas de Contingencias Profesionales, y 2.801.631 derivadas de Contingencias Comunes; y en 2013, 10.798.322 derivadas de Contingencias Profesionales, y 3.091.002 derivadas de Contingencias Comunes.

D.1- Contingencias profesionales:

- El total de las actuaciones realizadas en centros ambulatorios en los años 2012 y 2013 fue de 10.253.373 y 10.345.077 actuaciones, respectivamente.
 - » En 2012 se realizaron 1.092.319 primeras consultas y en 2013, un total de 1.089.948.
 - » En 2012 se realizaron 3.267.176 consultas sucesivas y en 2013, un total de 3.236.929.
 - » En 2012 se realizaron 4.049.140 sesiones de rehabilitación y en 2013, un total de 4.045.719.
 - » En 2012 se realizaron 1.107.006 placas radiológicas y en 2013, un total de 1.188.422.
 - » En 2012 se realizaron 43.223 intervenciones quirúrgicas y en 2013, un total de 42.366.
 - » En 2012 se realizaron 694.509 pruebas médicas y en 2013, un total de 741.702.

- Las actuaciones realizadas en centros hospitalarios en los años 2012 y 2013 ascendieron a 260.492 y 200.233 actuaciones, respectivamente.
 - » En 2012 se realizaron 142.184 sesiones de rehabilitación y en 2013, un total de 90.281.
 - » En 2012 se realizaron 56.637 placas radiológicas y en 2013, un total de 45.422.
 - » En 2012 se realizaron 23.852 intervenciones quirúrgicas y en 2013, un total de 23.307.
 - » En 2012 se realizaron 37.819 pruebas médicas y en 2013, un total de 41.223.

D.2.- Control de la incapacidad temporal por contingencias comunes:

- El total de las actuaciones realizadas en centros ambulatorios en los años 2012 y 2013 fue de 2.801.631 y 3.091.002 actuaciones, respectivamente.
 - » En 2012 se realizaron 2.166.502 primeras consultas y en 2013, un total de 2.314.539.
 - » En 2012 se realizaron 619.961 sesiones de rehabilitación y en 2013, un total de 757.166.
 - » En 2012 se realizaron 1.859 intervenciones quirúrgicas y en 2013, un total de 2.626.
 - » En 2012 se realizaron 13.309 pruebas médicas y en 2013, un total de 16.671.

- Las actuaciones realizadas en centros hospitalarios en los años 2012 y 2013 ascendieron a 8.412 y 10.934 actuaciones, respectivamente.
 - » En 2012 se realizaron 6.680 sesiones de rehabilitación y en 2013, un total de 8.680.
 - » En 2012 se realizaron 1.732 intervenciones quirúrgicas y en 2013, un total de 2.263.

D.3.- Conciertos entre Mutuas (principalmente por Contingencias Profesionales de trabajadores de otras Mutuas):

- El total de las actuaciones realizadas en centros ambulatorios en los años 2012 y 2013 ascendió a 644.703 y 683.577 actuaciones, respectivamente.
 - » En 2012 se realizaron 87.837 primeras consultas y en 2013, un total de 79.086.
 - » En 2012 se realizaron 96.786 consultas sucesivas y en 2013, un total de 97.924.
 - » En 2012 se realizaron 139.308 sesiones de rehabilitación y en 2013, un total de 189.137.
 - » En 2012 se realizaron 63.512 placas radiológicas y en 2013, un total de 61.864.
 - » En 2012 se realizaron 1.834 intervenciones quirúrgicas y en 2013, un total de 2.391.
 - » En 2012 se realizaron 255.426 pruebas médicas y en 2013, un total de 253.175.

- Las actuaciones realizadas en centros hospitalarios en los años 2012 y 2013 fueron 12.107 y 11.554 actuaciones, respectivamente.
 - » En 2012 se realizaron 1.766 sesiones de rehabilitación y en 2013, un total de 2.333.
 - » En 2012 se realizaron 4.932 placas radiológicas y en 2013, un total de 3.419.
 - » En 2012 se realizaron 4.390 intervenciones quirúrgicas y en 2013, un total de 4.961.
 - » En 2012 se realizaron 1.019 pruebas médicas y en 2013, un total de 841.

D.4.- Causas distintas a las anteriores:

- » El total de las actuaciones realizadas en centros ambulatorios en los años 2012 y 2013 fue de 98.901 y 89.669 actuaciones, respectivamente.
 - » En 2012 se realizaron 26.665 primeras consultas y en 2013, un total de 26.263.
 - » En 2012 se realizaron 62.252 sesiones de rehabilitación y en 2013, un total de 53.341.
 - » En 2012 se realizaron 1.642 intervenciones quirúrgicas y en 2013, un total de 869.
 - » En 2012 se realizaron 8.342 pruebas médicas y en 2013, un total de 9.196.
- Las actuaciones realizadas en centros hospitalarios en los años 2012 y 2013 ascendieron a 2.506 y 8.788 actuaciones, respectivamente.
 - » En 2012 se realizaron 555 placas radiológicas y en 2013, un total de 3.756.
 - » En 2012 se realizaron 1.468 intervenciones quirúrgicas y en 2013, un total de 1.459.
 - » En 2012 se realizaron 483 pruebas médicas y en 2013, un total de 3.573.

Transporte sanitario

Desde tiempos inmemoriales, mediante diversos instrumentos, se ha satisfecho la necesidad de trasladar enfermos a recibir asistencia. La utilidad del transporte sanitario, como prestación adicional a la de asistencia sanitaria es indispensable. Esta utilidad se hace más evidente en los transportes en situación de emergencia.

ANTECEDENTES Y PROYECCIÓN DE FUTURO DEL TRANSPORTE SANITARIO
En poco más de 30 años, se ha pasado de no existir este sector a ser una pieza fundamental y de primera necesidad en la cadena sanitaria, siendo imprescindible e insustituible.

Siempre ha existido, no obstante, un debate entre cómo sería mejor realizar el servicio al tener un papel tan importante en la sociedad y en los servicios sanitarios. La cuestión se ha centrado siempre en si debe ser realizada esta prestación por los propios servicios de salud o por las compañías privadas mediante contratos de gestión o servicios.

En la actualidad, el 95 % de los servicios públicos de transporte sanitario, tanto de urgencias como programado, son realizados por empresas privadas que tienen su contrato con las diferentes administraciones públicas competentes en esta materia.

La experiencia permite desgranar las siguientes conclusiones:

- Gestionado por las empresas mediante concursos públicos se ha obtenido uno de los mejores transportes sanitarios del mundo.
- Cuando la Administración ha explotado directamente el servicio se ha encontrado con unos costes insostenibles, al pasar el personal a ser empleado público, con el incremento retributivo que supone y la necesidad de más personal para realizar el servicio.
- Las experiencias de las Administraciones queriendo hacer público el servicio siempre han fracasado, reconociendo que el mejor modelo es el actual.

El futuro es prometedor teniendo en cuenta que, como hemos expresado con anterioridad, esta prestación es una necesidad imprescindible para el Sistema Sanitario, que se trata de un servicio muy valorado por la población

El horizonte es continuar con el proceso de investigación y desarrollo, evolucionando los protocolos con las nuevas experiencias y aprovechando las nuevas tecnologías.

APORTACIÓN A LA SANIDAD ESPAÑOLA

El transporte sanitario hace algún tiempo estaba vinculado exclusivamente al ámbito del transporte y no a la Sanidad. Uno de los trabajos de la representación empresarial del sector ha sido precisamente la incorporación a la Sanidad de un servicio cada vez más importante en la atención de Emergencias.

Desde el año 2006, con la constitución de un grupo de trabajo en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y con la intervención del Ministerio de Fomento, se ha dado un paso muy importante en la profesionalización del sector. Los trabajos de dicho grupo culminaron con:

- Norma UNE 179.002:2008 Servicios sanitarios. Sistemas de gestión de la calidad para empresas de transporte sanitario.
- Real Decreto 836/2012, de 25 de mayo, por el que se establecen las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera.
- Orden Ministerial. PRE/1435/2013, de 23 de julio, por la que se desarrolla el reglamento de la Ley de Ordenación de los Transportes Terrestres en materia de transporte sanitario.

Debemos destacar en el espacio formativo la creación del título de grado medio de “Técnico en Emergencias Sanitaria” por parte del Ministerio de Educación (R.D. 1397/2007), de 29 de octubre, en donde la representación empresarial del sector colaboró, tanto en su diseño curricular como en su reconocimiento como profesión sanitaria adscrita a la formación de los técnicos de las ambulancias asistenciales. Un importante paso en el terreno técnico ha sido el unificar los tipos de ambulancias, su carrozado y equipamiento, con criterios europeos según refleja los requerimientos de la Norma UNE 1789/2010, de la que ANEA es representante en su Comité europeo.

Todas estas actuaciones han dado una visión actual y profesionalizada del transporte sanitario en España, siendo una referencia en el resto de Europa, como así se puso de manifiesto en la constitución de la Asociación Europea de Transporte Sanitario.

EL TRANSPORTE SANITARIO EN CIFRAS

La facturación derivada de la prestación de servicios de transporte sanitario se situó en 2014 en 1.130 millones de euros, experimentando un descenso interanual del 1,7 %. Esta caída, no obstante, es inferior a la registrada en los dos años anteriores, cuando el sector decreció un 3,7 % (año 2012) y un 2,1 % (año 2013).

El transporte sanitario terrestre concentró el 92 % del volumen sectorial, correspondiendo el 8 % a los servicios en helicóptero.

El sector está integrado por cerca de 500 empresas, en su mayoría de pequeño tamaño y con un ámbito de actuación local y regional. En los dos últimos años ha continuado concentrándose, con la materialización de diversas operaciones de compra y fusión de empresas. Es muy notoria la diferencia entre las grandes y pequeñas empresas del sector. Los cinco primeros operadores reunieron conjuntamente el 26 % del mercado en 2013, en tanto que los diez primeros alcanzaron una participación del 35 %.

En el espacio autonómico de la sanidad transferida, tiene presencia en las 17 Comunidades Autónomas, en las que reparte más de 11.200 vehículos, con el siguiente desglose:

Comunidad Autónoma	Servicio público		Servicio privado	
	VS-N	VS-A	VSPC-N	VSPC-A
Andalucía	1.888	0	134	0
Aragón	293	0	33	0
Asturias	245	0	14	0
Islas Baleares	251	0	13	0
Canarias	336	494	0	14
Cantabria	247	0	15	0
Castilla y León	899	0	55	0
Castilla-La Mancha	1.095	0	26	0
Cataluña	1.611	0	158	0
Extremadura	547	0	34	0
Galicia	539	0	10	0
La Rioja	64	0	0	0
Madrid	655	0	52	0
Murcia	359	0	27	0
Navarra	99	0	31	0
País Vasco	464	0	115	0
Valencia	817	0	117	0
Total	10.409	494	834	14

Fuente: Ministerio de Fomento

DIMENSIÓN DEL SECTOR DEL TRANSPORTE SANITARIO

Las Administraciones autonómicas son el principal contratante de servicios de transporte sanitario en nuestro país, por ello los presupuestos de aquellas, así como de algunos de sus organismos autónomos dependientes, deberían reflejar de forma fidedigna el gasto realizado por dichas entidades en los conciertos establecidos para proporcionar este servicio a sus ciudadanos. En ocasiones, la precisión de los valores mostrados es absoluta, presentando un gran nivel de detalle que facilita el análisis.

El inconveniente de los presupuestos como fuente de información es en algunos casos, sin embargo, la falta de desglose en las partidas de la versión publicada. En efecto, en ocasiones no es posible saber, con la información disponible, qué proporción de un determinado programa (por ejemplo, prestación con medios ajenos) está vinculada con el transporte sanitario. Por otro lado, en ocasiones esta fuente de información fragmenta los datos en función de los diferentes programas de las Administraciones públicas que requieren servicios de transporte sanitario, por lo que algunas partidas pueden dejar de ser contempladas.

La alternativa a este origen de la información viene dada por los pliegos y resoluciones de contratación de servicios de transporte sanitario. En los primeros, al plantear el concurso de la prestación de un determinado servicio, las Administraciones fijan un límite presupuestario, vinculado generalmente con alguna partida específica de los presupuestos generales de la Comunidad Autónoma. La información contenida en los pliegos reguladores de los concursos es fácil de localizar y recoge de forma clara los importes máximos a abonar por la prestación de los servicios. No obstante, el análisis de estos no nos permite conocer la cifra real que se estableció en el contrato resultante de dicho concurso, ni las posibles actualizaciones posteriores al cierre del mismo.

Mediante las resoluciones, las Administraciones explicitan la cantidad que se abonará a las empresas de transporte sanitario por las prestaciones contratadas. A pesar de la ventaja de la exactitud de aquellas, presentan, no obstante, un problema de dispersión de la información. En efecto, dado que muchos de los concursos dividen los servicios a prestar en lotes para facilitar la concurrencia de un mayor número de organizaciones, las resoluciones pueden tender a multiplicarse, lo que hace inviable una búsqueda de éstas a lo largo de los boletines oficiales.

Cambiando el punto de vista del análisis, podemos hacerlo desde el

lado de la oferta, esto es, a partir de las empresas de transporte sanitario. En este caso tropezamos con el problema de diferenciar, en el seno de éstas, qué parte de su cifra de negocios deriva exclusivamente de esta actividad y cuál procede de otros negocios, que en alguna ocasión serán, incluso, los principales de la empresa.

Partiendo de esta situación, los datos presentados han sido tomados, fundamentalmente, de dos fuentes principales: los presupuestos generales de las diferentes Comunidades Autónomas, en el caso de especificar el importe destinado a este servicio, y los pliegos reguladores de los concursos, actualizados en algunos casos como compensación de la inflación o de acuerdos con las Administraciones. En algunos casos, para los que no había pliegos recientes disponibles, ha sido necesario llevar a cabo alguna actualización de los datos anteriores, suponiendo posibles revisiones de las condiciones de estos. De igual modo, es necesario precisar que a los datos de este informe deberían añadirse los correspondientes a las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.

El resultado aproximado del transporte sanitario concertado por las Comunidades Autónomas fue de casi 772 millones de euros para el ejercicio económico 2010, tan sólo un 0,26 % superior al del año anterior. No obstante, cabe poner de manifiesto que, si bien el aumento es muy limitado, debe considerarse una medida positiva en un entorno en el que las diferentes Administraciones están debatiendo acerca de la forma de frenar el crecimiento, prácticamente ilimitado en los últimos años, del gasto sanitario en las Comunidades Autónomas.

En los últimos años, se han producido importantes ajustes en los presupuestos de los concursos de transporte sanitario. La difícil situación económica que padecemos ha incidido de forma importante en las cuantías de los mismos, con ajustes entre un 5 % y un 15 %. A esta situación de minoración de los ingresos hay que añadir los retrasos en el pago por parte de la Administración a los proveedores del transporte.

En el conjunto del territorio del Estado, la media de la inversión en transporte sanitario es del 1,3 % del gasto total en Sanidad.

Si calculamos la inversión per cápita en conciertos de transporte sanitario en las diferentes comunidades, podemos observar la existencia de importantes disparidades. Estas diferencias pueden ser consecuencia de muchos factores, entre los que se puede reseñar, de forma no exclusiva, una mayor o

menor capitalización de la red asistencial, la concentración de la población en torno a grandes localidades o la complejidad orográfica de los territorios, así como las propias decisiones de las Administraciones contratantes.

EXCESOS Y CARENCIAS DEL SECTOR

Se ha realizado un importante esfuerzo en profesionalizar y regular el transporte sanitario, cumpliendo sobradamente con los objetivos que se habían marcado. No obstante al estar las competencias transferidas y siendo las Comunidades Autónomas las que regulan las condiciones técnicas por encima de las mínimas reguladas, nos encontramos con un exceso de regulación normativa que dificulta la homogeneidad de las ambulancias en sus diferentes tipos.

Este esfuerzo por normalizar unificando a nivel nacional y con el añadido de la equiparación a nivel europeo, creemos que es más que suficiente para regular el sector en cada Comunidad autónoma, debiéndose evitar acometer esta función en las mismas. Sobra mucha regulación de las Comunidades Autónomas así como otras normas añadidas en los pliegos de cláusulas técnicas de los concursos públicos que suponen la mayoría del sector.

En el apartado de las carencias debemos señalar una financiación adecuada a los requerimientos técnicos exigidos y que mencionamos anteriormente. Se requieren características técnicas por la normativa europea, se mejoran por las Comunidades Autónomas y se vuelven a mejorar por las condiciones de los pliegos de características técnicas de los concursos con las Administraciones Públicas. En este escenario, son necesarias unas inversiones públicas que permitan al sector acometer las inversiones necesarias para tales fines.

Servicios de prevención

LA MEDICINA DEL TRABAJO Y LA SALUD PÚBLICA

La Medicina del Trabajo ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud como: «La especialidad médica que, actuando aislada o comunitariamente, estudia los medios preventivos para conseguir el más alto grado de bienestar físico, psíquico y social de los trabajadores, en relación con la capacidad de estos, con las características y riesgos de su trabajo, el ambiente

laboral y la influencia de éste en su entorno, así como promueve los medios para el diagnóstico, tratamiento, adaptación, rehabilitación y calificación de la patología producida o condicionada por el trabajo.»

Encuadrándose la Medicina del Trabajo en el terreno de la Salud Pública, puede jugar un papel relevante en relación con la recogida de datos y la difusión de información mediante la actuación sistemática y periódica con los trabajadores, fundamentalmente a través de los reconocimientos médicos que se les realizan. No puede dissociarse, pues, Medicina del Trabajo y Salud pública y así, la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública recoge, en su artículo 12.2.4º, que la vigilancia de salud pública tomará en cuenta los riesgos relacionados con el trabajo y sus efectos en la salud.

Pero, cuando hablamos de Salud Pública ¿a qué nos referimos en concreto? Hacemos alusión al conjunto de actividades destinadas a recoger, analizar, interpretar y difundir información relacionada con el estado de salud de la población y los factores que la condicionan, con el objeto de fundamentar las actuaciones, precisamente, de salud colectiva⁹⁸.

La formación en la especialidad de Medicina del Trabajo tiene como objetivos principales el aprendizaje de los conocimientos, técnicas y habilidades relacionadas con:

- La prevención del riesgo que puede afectar a la salud humana como consecuencia de las circunstancias y condiciones de trabajo.
- Las patologías derivadas del trabajo, en sus tres grandes vertientes de accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y enfermedades relacionadas con el trabajo y, en su caso, la adopción de las medidas necesarias de carácter preventivo, diagnóstico, terapéutico y rehabilitador.
- La valoración pericial de las consecuencias que tiene la patología derivada del entorno laboral para la salud humana, en particular en el caso de las incapacidades.
- La formación e investigación sobre la salud de los trabajadores y su relación con el medio laboral.
- Las organizaciones empresariales y sanitarias con el fin de conocer su tipología y gestionar con mayor calidad y eficiencia la Salud de los trabajadores.

98 Artículo 12.1 de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública

- La historia natural de la enfermedad en general y, en particular, el estudio de la salud de los individuos y grupos en sus relaciones con el medio laboral.
- La Promoción de la Salud en el ámbito laboral.

EL PAPEL DEL EMPRESARIO

La norma de referencia en materia de seguridad de la salud de los trabajadores, como necesaria garantía del empresario, en el escenario de la prestación laboral, es la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL). Esta garantía se configura de la siguiente manera:

- El empresario garantizará a sus trabajadores la vigilancia periódica de su salud, restringiendo el alcance de la misma a los riesgos inherentes al trabajo, con los matices incluidos en el artículo 3.3 del Real Decreto 843/2011, de 17 de junio.
- Carácter voluntario desde el punto de vista del trabajador y obligatoriedad, desde el del empresario. La LPRL configura la vigilancia de la salud como un derecho del trabajador y una obligación del empresario, enunciando como regla general la voluntariedad de la misma.
- Carácter confidencial de la información médica. El acceso a la información médica derivada de la vigilancia de la salud de cada trabajador se restringirá al propio trabajador, al personal sanitario que lleve a cabo la vigilancia de la salud y a la autoridad sanitaria.
- Profesionalización. Esta vigilancia se lleva a cabo por personal sanitario con competencia técnica, formación y capacidad acreditada, en base a lo establecido en el artículo 4 del Real Decreto 843/2011, de 17 de junio.
- Documentada. Con los resultados de los controles del estado de salud de los trabajadores, así como las conclusiones de los mismos.
- Carácter gratuito. El coste económico de cualquier medida relativa a la seguridad y salud en el trabajo, y por tanto el derivado de la vigilancia de la salud, no deberá suponer coste alguno al trabajador.

LOS TRABAJADORES SOMETIDOS A RECONOCIMIENTOS

En la evidencia de que el acto del reconocimiento es necesario para averiguar el concreto estado de salud de un trabajador, se plantea el interrogante de si

este reconocimiento es obligatorio siempre o, en caso contrario, determinar los casos en los que deba practicarse bajo la nota de voluntariedad del sujeto sometido a él.

Legalmente se determinan algunos casos en los que los reconocimientos tienen carácter obligatorio. Todas las empresas que hayan de cubrir puestos de trabajo con riesgo de enfermedades profesionales⁹⁹ están obligadas a practicar un reconocimiento previo a la admisión de los trabajadores y a realizar los reconocimientos periódicos que para cada tipo de enfermedad se establezcan. Tiene carácter de obligatoriedad para la empresa, al afiliarse a la Seguridad Social, el reconocer si tienen riesgo de enfermedad profesional y presentar las aptitudes de los preceptivos reconocimientos practicados. No podrá afiliarse de no practicar la citada declaración.

Hay hasta 1.693 actividades distintas que pueden contener factores de riesgo cuyo daño es constitutivo de enfermedad profesional¹⁰⁰ y por tanto ser tributarias de la obligatoriedad del reconocimiento previo a la contratación y periódico de los trabajadores que las desempeñan al amparo del art.196 de la Ley General de Seguridad Social.

La Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2015 – 2020, en el apartado de “Por qué y Para qué una Estrategia”, señala que *“La Comisión Europea ha aprobado el Marco Estratégico de la Unión Europea en materia de seguridad y salud en el trabajo 2014-2020, que contempla como retos principales mejorar el historial de aplicación en los Estados Miembros, en particular mediante el refuerzo de la capacidad de las microempresas y las pequeñas empresas para poner en marcha medidas efectivas y eficaces para la prevención del riesgo, mejorar la prevención de las enfermedades relacionadas con el trabajo combatiendo los riesgos existentes, nuevos y emergentes, y finalmente, afrontar el cambio demográfico.”* ... *“Sin embargo, los datos estadísticos reflejan la necesidad de incidir aún más en las enfermedades profesionales, promoviendo la prevención antes que la rehabilitación o el abandono temprano del trabajo por motivos de salud, en sintonía con las recomendaciones procedentes de las instituciones comunitarias”*.

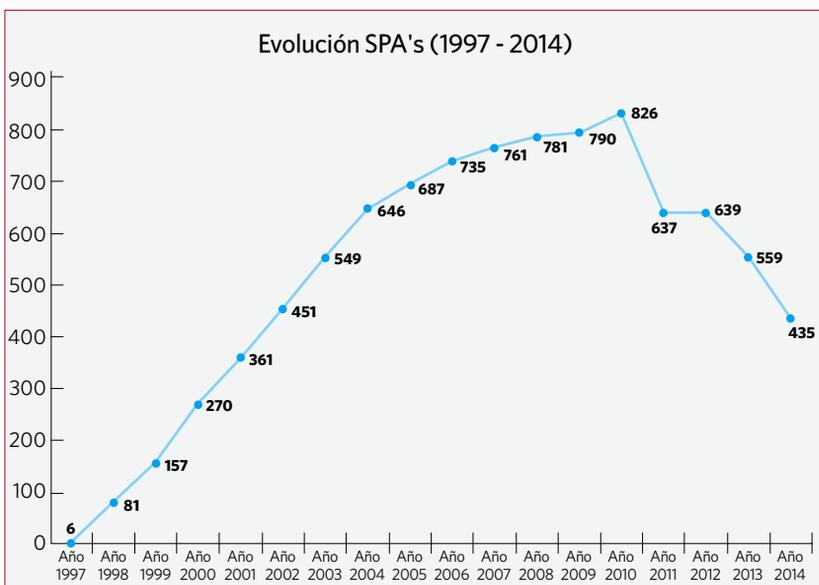
99 Artículo 196 de la Ley general de Seguridad Social.

100 Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales

QUIÉN PUEDE HACER PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

Pueden ser tanto Servicios de Prevención propios de la empresa como ajenos a la misma, como entidades especializadas, conforme se recoge en la propia Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales y en su Reglamento de desarrollo¹⁰¹. Precisamente después de la aprobación de esta última norma empezaron a acreditarse los primeros Servicios de Prevención Ajenos en nuestro país, y desde entonces hemos alcanzado la cifra, a 31 de diciembre de 2014, de 435 entidades acreditadas en todo el territorio nacional.

Conviene destacar que la figura del Servicio de Prevención Ajeno es la más utilizada, según datos de la Encuesta de Coyuntura Laboral, en un 59,8 %. Su número creció, imparablemente, desde 1997 hasta el bienio 2010-2011, que han iniciado un continuo descenso en su presencia en el escenario empresarial.

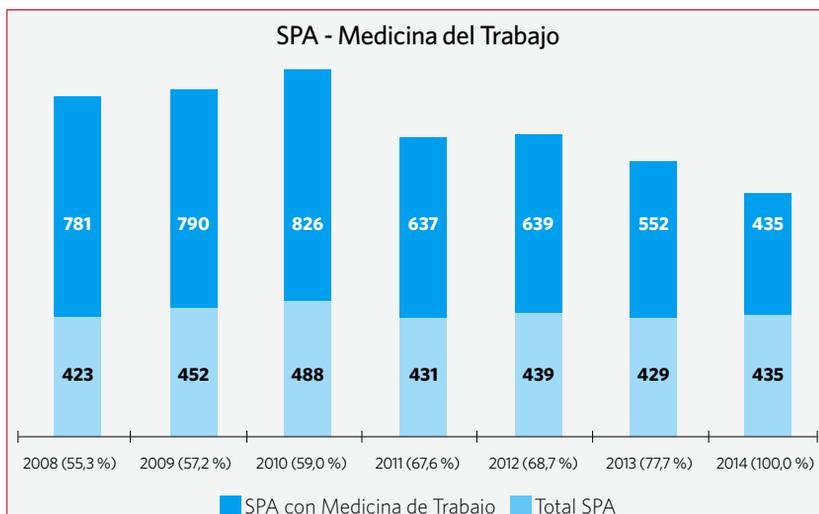


Fuente: ASPA - ASPREN. Servicios de Prevención Ajenos

Al término de 2014, los Servicios de Prevención Ajenos reconocidos, como consecuencia de las previsiones contenidas en el Real Decreto 337/2010 y el Real Decreto 843/2011, disponían ya en su totalidad de la acreditación en la

¹⁰¹ Real Decreto 39/1997, de 17 de enero.

especialidad preventiva de Medicina del Trabajo, que permite el desarrollo de la actividad de vigilancia de la salud de los trabajadores. Podemos ver que la evolución desde 2008 ha sido lenta pero progresiva y se aceleró en los años 2013 y 2014, hasta culminar el 100 % de acreditaciones.



Fuente: ASPA - ASPREN. Servicios de Prevención Ajenos

CUÁLES SON LOS COMETIDOS DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN

La actividad a desarrollar por los servicios sanitarios de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales incluirá¹⁰²:

- La realización de los reconocimientos médicos o exámenes de salud necesarios. Desarrollar, en concreto, todas aquellas funciones específicas recogidas en el apartado 3 del artículo 37 del Reglamento de los Servicios de Prevención.
- Efectuar sistemáticamente y de forma continua la vigilancia colectiva de la salud de los trabajadores, en función de los riesgos a los que están expuestos, elaborando y disponiendo de indicadores de dicha actividad.
- Estudiar, cuando se tenga conocimiento de ello, las enfermedades susceptibles de estar relacionadas con el trabajo, a los sólo efectos de poder identificar cualquier relación entre las causas de enfermedad y los

102 Conforme al artículo 3 del Real Decreto 843/2011

riesgos para la salud que puedan presentarse en los lugares de trabajo. Por razones de confidencialidad, la información puede trabajarse de forma anonimizada (aunque sea conveniente que se indique el puesto de trabajo), por cuanto no se trata del estudio de casos particulares, sino de relacionar patologías con exposición.

En este punto, se echa de menos que la normativa regule el acceso de los servicios de prevención a la información sobre siniestralidad y absentismo, especialmente cuando se trata de servicios de prevención ajenos, donde parece insuficiente vehicular toda la información a través de la empresa, siendo deseable que pudiera obtenerse de la Seguridad Social, TCs, etc.

- D. Comunicar las enfermedades que podrían ser calificadas como profesionales, tal y como establece el artículo 5 del Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el Sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro, a través del organismo competente de cada comunidad autónoma o de las ciudades con Estatuto de Autonomía.
- E. Prestar los primeros auxilios y la atención de urgencia a los trabajadores que lo necesiten, en los casos de presencia física de los profesionales sanitarios en el lugar de trabajo.
- F. Impulsar programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo, en coordinación con el Sistema Nacional de Salud.
- G. Desarrollar programas de formación, información e investigación en su ámbito de trabajo.
- H. Colaborar con el Sistema Nacional de Salud, tal y como establece el artículo 38 del Reglamento de los Servicios de Prevención.
- I. Colaborar con las autoridades sanitarias en las labores de vigilancia epidemiológica, provisión y mantenimiento del Sistema de Información Sanitaria en Salud Laboral, según se establece en el artículo 39 del Reglamento de los Servicios de Prevención.
- J. Participar en cualquier otra función que la autoridad sanitaria les atribuya en el marco de la colaboración contemplada en los artículos 38 y 39 del Reglamento de los Servicios de Prevención.
- K. Participar en las actuaciones no específicamente sanitarias que el servicio de prevención realice en desarrollo de las funciones que tiene atribuidas conforme al apartado 3 del artículo 31 de la Ley 31/1995, de 8 de

noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, a efectos de asegurar el carácter interdisciplinario de dichas actuaciones, de acuerdo con lo establecido en el apartado 4 del citado artículo.

LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN Y EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Colaboración general de los Servicios de Prevención con el SNS.

En el marco de lo establecido en el artículo 38 del Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, que menciona los artículos 10 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y 21 de la Ley 14/1986, General de Sanidad, en concretos aspectos como los que se destacan seguidamente, con los agentes que se señalan:

- Con los servicios sanitarios de atención primaria y de asistencia sanitaria especializada para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades relacionadas con el trabajo.
- Con la Autoridad Sanitaria en la detección de enfermedades profesionales, disponiendo de herramientas homogeneizadas para su comunicación.
- Con las Administraciones sanitarias competentes en la actividad de salud laboral que se planifique, siendo las unidades responsables de salud pública del Área de Salud, que define la Ley General de Sanidad, las competentes para la coordinación entre los servicios de prevención que actúen en esa Área y el Sistema Sanitario. Esta coordinación será desarrollada por las Comunidades Autónomas en el ámbito de sus competencias.
- Con las Administraciones públicas competentes en las campañas sanitarias y epidemiológicas organizadas por aquellas.
- Con la Inspección Médica de los Servicios de Salud, en lo relativo al control de la correcta dispensación de las prestaciones y acceso a los servicios de asistencia sanitaria.
- Colaboración en la intervención de las unidades de vigilancia epidemiológica de Salud Pública para el control de brotes epidémicos en el ámbito laboral.
- Participación en programas específicos bajo las pautas y protocolos de Salud Pública en casos de pandemias (gripe A, Ébola, etc).
- Colaboración en la comunicación de sospechas de enfermedades rela-

cionadas con el trabajo para el sistema de información en salud laboral de Salud Pública.

- Participación en programas de coordinación entre el SNS y el sistema de prevención de riesgos laborales.

En el ejercicio de todas estas competencias que la Ley y el Reglamento de Prevención de Riesgos Laborales les atribuyen a los Servicios de Prevención, debemos hacer las siguientes matizaciones:

En la realización de los exámenes de salud a los trabajadores protegidos, proceden a la recopilación de datos sobre su salud general, recopilación que puede servir de referencia al SNS sobre la situación general de la salud pública, uno de los objetivos, precisamente, de la Ley 33/2011. Los centros sanitarios de estas entidades especializadas se puede decir que en la práctica constituyen una “red paralela de atención primaria”, en tanto que los problemas de salud o patologías detectadas en la realización de los reconocimientos médicos (bien tras la incorporación al trabajo, bien después de una ausencia prolongada al mismo, bien los realizados a intervalos periódicos), pueden ser tratadas con mayor celeridad, evitando así gastos innecesarios al sistema público de salud.

La realización de estos exámenes de salud periódicos facilita, por otra parte, el seguimiento de patologías crónicas detectadas en la población trabajadora. Esta acción permite ampliar el espectro sanitario para el seguimiento de los enfermos que continúan trabajando, lo que permite también en ocasiones aligerar la carga de trabajo del Sistema Nacional de Salud y facilitar su control al enfermo. Sólo requiere de un sistema ágil de intercambio de información, información que es propiedad del paciente, no del personal sanitario.

Los Servicios de Prevención, en el desarrollo de su actividad sanitaria, llevan a cabo lo que podríamos denominar una “educación” periódica en dicho ámbito dirigida a la población trabajadora, asociada a la realización de los reconocimientos médicos y a los resultados o patologías detectadas en los mismos, con posibilidad de hacer un seguimiento del cumplimiento de dichos consejos, y convirtiendo a la empresa en un vehículo de difusión de dichos mensajes. Desde los servicios médicos de los Servicios de Prevención, es posible, por otra parte, gestionar la salud de los trabajadores-ciudadanos-pacientes de una forma eficaz para el Sistema Sanitario y para la propia

persona, facilitando el acceso rápido y efectivo a una atención sanitaria preventiva y evitando desplazamientos innecesarios.

IMPULSO DE PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE SALUD EN EL LUGAR DE TRABAJO, EN COLABORACIÓN CON EL SNS.

El Servicio de Prevención colaborará¹⁰³ con las autoridades sanitarias para proveer el Sistema de Información Sanitaria en Salud Laboral. El conjunto mínimo de datos de dicho sistema de información será establecido por el Ministerio de Sanidad, previo acuerdo con los órganos competentes de las Comunidades Autónomas, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Las Comunidades Autónomas, en el ámbito de sus respectivas competencias, podrán desarrollar el citado Sistema de Información Sanitaria.

Esta actitud colaborativa supone la puesta en práctica de una serie de iniciativas para mejorar la salud de los trabajadores, impulsando los hábitos de vida saludables y entornos favorables a la salud en el propio centro de trabajo. De esta manera, en colaboración con el SNS, y a título de ejemplo, se promueve la actividad física, la alimentación saludable, los espacios libres de humo y deshabituación tabáquica, así como el control del estrés laboral, que tratan de influir tanto en las prácticas de conducta de los trabajadores como en las condiciones de entorno saludable del espacio de trabajo.

Los Servicios de Prevención colaboran con la Sanidad pública en aras al cumplimiento de objetivos generales como vigilancia de la salud, hábitos de vida saludable o aspectos más concretos como la implementación de planes estratégicos en las Empresas, en aspectos de alcohol y drogas en el ámbito laboral. La recién publicada Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo para el período 2015-2020 establece, como ya mencionara la anterior, la necesidad de promover una vigilancia de la salud más eficiente. Esto significa no sólo la eficiencia de la actividad para con las empresas y trabajadores sino rentabilizar los recursos de los servicios de prevención colaborando con el Sistema Nacional de Salud y establecer estrategias de acción, como “Estudiar la necesidad de intercambio de información y coordinación entre

103 Artículo 39 del Reglamento de Prevención de Riesgos Laborales.

los sistemas de gestión del Sistema Nacional de Salud y de los Servicios de Prevención y su aplicación, acorde con el marco legal.”¹⁰⁴

La citada Estrategia contempla la colaboración de los Servicios de Prevención con el Sistema Nacional de Salud como una línea de actuación, es decir, desde una posición activa encomendando a la Administración y Agentes Sociales a analizar y materializar dichas posibles vías de colaboración. Los servicios de prevención ajenos nacen, en definitiva, con una vocación de colaboradores de la Administración en tanto precisan de una acreditación de la autoridad laboral para su funcionamiento, con un control de sus recursos humanos y materiales que garanticen la calidad de la actividad realizada. Esta vocación es la que nos lleva a considerar la participación de los servicios de prevención con la Administración Sanitaria en lo que supondría, como objetivo principal, una rentabilidad de los recursos de ambas partes por las sinergias que podrían efectivizarse.

Se describen, normativamente, los distintos cometidos de cada una de las partes, Administración Sanitaria y Servicios de Prevención en los preceptos legales correspondientes:

Corresponde a las Administraciones Públicas competentes en materia sanitaria¹⁰⁵:

- El establecimiento de medios adecuados para la evaluación y control de las actuaciones de carácter sanitario que se realicen en las empresas por los servicios de prevención actuantes. Para ello, establecerán las pautas y protocolos de actuación, oídas las sociedades científicas, a los que deberán someterse los citados servicios.
- La implantación de sistemas de información adecuados que permitan la elaboración, junto con las autoridades laborales competentes, de mapas de riesgos laborales, así como la realización de estudios epidemiológicos para la identificación y prevención de las patologías que puedan afectar a la salud de los trabajadores, además de hacer posible un rápido intercambio de información.

104 Primera línea de actuación del apartado C) del Objetivo Tercero de la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020.

105 Artículo 10 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

- La supervisión de la formación que, en materia de prevención y promoción de la salud laboral, deba recibir el personal sanitario actuante en los servicios de prevención autorizados.
- La elaboración y divulgación de estudios, investigaciones y estadísticas relacionados con la salud de los trabajadores.

Los Servicios de Prevención, por su parte, llevarán a cabo funciones colaborativas¹⁰⁶, de acuerdo con lo establecido en el artículo 10 de la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales.

De esta forma, los servicios de prevención colaborarán con los servicios de atención primaria de salud y de asistencia sanitaria especializada para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades relacionadas con el trabajo, y con las Administraciones sanitarias competentes en la actividad de salud laboral que se planifique. Además, los servicios de prevención colaborarán en las campañas sanitarias y epidemiológicas organizadas por las Administraciones públicas competentes en materia sanitaria.

Igualmente, dichos servicios de prevención colaborarán con las autoridades sanitarias para proveer el Sistema de Información Sanitaria en Salud Laboral.

Termalismo y turismosocial

La capacidad de moverse fuera de sus espacios físicos de residencia forma parte de la dimensión cabal de las personas y el turismo es un fenómeno integrado inexcusablemente en dicha dimensión, ya se trate de un turismo puramente de distracción o lúdico, o de un turismo orientado a otras utilidades más apremiantes de las personas, como la atención de su salud. Ambas categorías se identifican con el Turismo Social o el de Salud, respectivamente, que abordamos a continuación.

106 Artículos 38 y 39 del Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, Reglamento de los Servicios de Prevención.

Termalismo. Balnearios

El Termalismo es la acción terapéutica de las Aguas Minero–Medicinales sobre la salud. Los establecimientos que desarrollan el Termalismo son los Balnearios, que tienen la condición de centros sanitarios y que se caracterizan por disponer de Aguas Minero–Medicinales declaradas de Utilidad Pública, catalogadas por el Ministerio de Industria, Energía y Turismo (Subdirección General de Minas) y reconocidas por la Administración Sanitaria.

Estos establecimientos tienen como finalidad la prevención y mejora de determinadas dolencias según la composición física de sus aguas que, por sus características y cualidades, son aptas para tratamientos medicinales por sus propiedades terapéuticas.

Todos los tratamientos termales están prescritos por un servicio médico especializado y pueden cumplir cuatro objetivos terapéuticos: la recuperación de las enfermedades, la prevención de las mismas, el mantenimiento puesta en forma y el bienestar físico y psíquico.

Para fortalecer la oferta de tratamiento en Balnearios se llevan a cabo otros tratamientos complementarios que favorecen la prevención y recuperación de la salud.

España está considerada como la reserva termal más importante de Europa por la calidad de sus Aguas y cantidad de Manantiales (más de 2.500 manantiales de Aguas Minero–Medicinales). En la actualidad hay más de 120 Balnearios en funcionamiento, de los cuales 107 disponen de establecimiento hostelero en el propio complejo termal, lo que supone un total de aproximadamente 20.000 plazas hoteleras directas. Los agüistas/termalistas o clientes de Balnearios ascienden al millón aproximadamente por ejercicio, lo que genera más de cuatro millones de pernoctaciones/año en el conjunto del sector.

El Balneario es un centro sanitario en donde se llevan a cabo los tratamientos termales, rigurosamente controlados por un servicio médico especializado, en instalaciones adecuadas desde el punto técnico sanitario.

Desde el año 1989, los Balnearios españoles mantienen un Programa de Termalismo Social con el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), por el cual los mayores/pensionistas pueden beneficiarse de las curas termales, mejorando así su calidad de vida. Este programa supone un servicio complementario de las prestaciones del Sistema de la Seguridad Social, ya que las

curas termales no están incluidas en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, a diferencia de lo que ocurre en otros países de la UE, como Alemania, Italia y Francia, que sí contemplan los tratamientos termales dentro de su catálogo de prestaciones de la Seguridad Social.

Turismo Social

TERMALISMO SOCIAL

Uno de los objetivos del Programa de Termalismo Social ha sido el de potenciar el desarrollo económico de las zonas que rodean los balnearios (especialmente en zonas rurales deprimidas) contribuyendo a la creación y mantenimiento de empleo, así como a la mejora y modernización de la infraestructura de las instalaciones de las estaciones termales.

Conviene destacar la importancia y beneficios de los Programas de Termalismo, tanto en el espacio nacional (gestionado por el IMSERSO) como en el europeo, dentro del llamado Turismo Social. Este programa ha constituido parte de la base del impulso y crecimiento que ha tenido el sector productivo de Balnearios en España en las últimas décadas.

El Programa de Termalismo Social se estableció, desde el principio y sigue vigente hoy, como un servicio complementario de las prestaciones del Sistema de la Seguridad Social, con el objetivo de facilitar la asistencia que se presta en los balnearios a las personas mayores que por prescripción facultativa la precisen, contribuyendo de este modo a mejorar su calidad de vida.

Recientes estudios realizados demuestran un alto nivel de satisfacción entre las personas mayores que ya se han beneficiado del Programa de Termalismo Social.

Una clara consecuencia de la buena acogida de este Programa, tanto por las empresas como por la Administración o los beneficiarios es el continuo crecimiento desde su creación.

La rentabilidad social y económica del Termalismo Social se asienta en tres grandes campos:

- 1) Recuperación de la inversión. Por cada euro invertido en el programa de Termalismo Social se estima que se obtiene un retorno de 2,32 euros.
 - IVA directo.

El programa genera una recaudación, por este concepto, de más de 9 millones de euros.

- IVA indirecto.

Transportes: Los ingresos estimados obtenidos son, en este apartado, de un millón de euros en concepto de IVA.

Otras actividades: Excursiones, comidas y gastos añadidos a la propia estancia, cuyo volumen económico en concepto de IVA indirecto se estima cercano a 4 millones de euros.

Mejora de infraestructuras: Existe el compromiso de los proveedores de estos servicios de ampliar y mejorar su oferta, con el consiguiente impacto económico que generan estas inversiones. El beneficio recibido por el Estado en concepto de IVA indirecto se estima en 1 millón de euros.

- IVA inducido. La cantidad que llega al Estado se estima en 3 millones de euros.
- Impuesto de Sociedades. En este caso, la cuantía a ingresar por la Hacienda Pública se calcula en 2 millones de euros.
- Otros impuestos, como IBI o IAE (1 millón de euros, aproximadamente) o el de carburantes (unos 3,1 millones de euros).

2) Empleo. Los balnearios crean un número importante de empleos directos e indirectos, principalmente en zonas deprimidas, siendo en algunos casos el motor económico de la comarca.

- Directo e indirecto. Unos 10.000 contratos, en su mayoría de carácter fijo/fijo discontinuo y de personal femenino, en zonas deprimidas, en donde el balneario tiene una marcada significación económica. Se generan, además, unos 5.000 empleos indirectos inducidos en el resto de la economía.
- Seguridad Social. Los ingresos obtenidos por este Sistema, de los empleos mencionados, se estima que se aproximan a 33 millones de euros de los empleos directos y sobrepasa los 13 millones de euros de los indirectos.
- Prestaciones de Desempleo. En la actual situación de dificultades financieras ante el parón económico del sector, podrían generarse expedientes de regulación de empleo que afectarían a unos 8.000 empleos directos y a unos 5.000 de los indirectos. De evitarse esta situación, se

generaría un ahorro para las arcas públicas¹⁰⁷ de más de 19 millones de euros en prestaciones por desempleo y subsidios directos y otros 12 millones de euros en prestaciones inducidas derivadas de la repercusión en la comarca de ubicación del balneario.

- IRPF. Hacienda recauda casi 2 millones de euros por este concepto directamente vinculado al desarrollo del programa y cerca de 1 millón de euros por los empleos inducidos.

3) Reducción del consumo de medicamentos. Las condiciones de confort, relajación y vida amable de estos centros reduce la medicalización de sus beneficiarios.

Una parte importante de las personas que siguen los tratamientos termales se sienten “más sanas”, considerándose el ahorro al Sistema Sanitario Público, en concepto de medicamentos de un 23 % por usuario¹⁰⁸. Hay que matizar que este cálculo se hizo teniendo en cuenta la minoración de consumo medicamentoso respecto de dolencias osteoarticulares, grupo de patologías mayoritario entre los usuarios de este tipo de establecimientos.

PROGRAMA DE VACACIONES PARA MAYORES

Está orientado a generar actividad turística en temporada baja y contiene una oportunidad evidente, ya que el número de plazas demandadas es superior al de las ofertadas por el sector. Teniendo en cuenta que este Programa se encuentra subvencionado por el sector público, también a él han llegado, inevitablemente, los ajustes presupuestarios.

1. Recuperación de la inversión

Mantener el movimiento económico en estas actividades supone un evidente beneficio para los usuarios, pero no menos evidente para las empresas implicadas en la oferta de los servicios e incluso para el propio Estado, ya que por cada euro invertido se estima que pueden recuperarse 1,53 euros, vía IVA, IRPF, otros impuestos y cotizaciones de Seguridad Social¹⁰⁹.

107 SEPE. Servicio Público de Empleo (antiguo INEM).

108 Estudio realizado por EMER-GFK con la colaboración del Servicio de Termalismo Social del IMSERSO.

2. Creación empleo

Se calcula en unos 13.000 empleos directos (el 85 % de ellos, en la hostelería) y unos 80.000 empleos inducidos.

En cualquier caso, la actual situación económica propicia que se desarrollen medidas que se dirijan a potenciar un sector relevante en la economía del país, recuperando la demanda perdida, con el objetivo de promover empleo y aportar ingresos públicos. Es evidente la necesidad del mantenimiento del Programa para vacaciones de Mayores del IMSERSO, ante su decidida aceptación y efectos beneficiosos para los usuarios, empresas implicadas y el propio sector público. No obstante, hay que optimizar los procedimientos y actuaciones actuales en línea de aumentar el provecho a las tres partes mencionadas.

TURISMO SOCIAL EUROPEO. PROYECTO CALYPSO

Este proyecto tiene como fin principal impulsar el turismo social, garantizando que el mayor número de ciudadanos europeos tengan acceso a vacaciones, e incide en los objetivos de aumento del empleo, prolongar la extensión de la estacionalidad, fortalecer al ciudadano europeo e implementar economías regionales/locales a través del desarrollo del turismo social.

En este contexto se encuentra la iniciativa del Parlamento Europeo, surgida en 2008, de Turismo Social en Europa.

Esta forma de turismo incrementa las oportunidades de las personas de ir de vacaciones y así, fomentar la movilidad.

Si este programa llega a consolidarse, su análisis económico podría ser similar al del Programa de Termalismo Social que hemos analizado anteriormente.

TURISMO SENIOR EUROPEO

Se trata de otro ejemplo de Programas Europeos de Turismo Social, que ayudan a mantener la actividad económica del sector turístico español en temporadas bajas y contribuye al mantenimiento del empleo, así como a extender la imagen de España como destino turístico de primer orden.

Turismo de Salud y atención sanitaria a extranjeros

El turismo de salud se puede definir como el desplazamiento de personas a otro país con la motivación de recibir un tratamiento sanitario, bien sea en un centro residencial, hospitalario, o balneario.

España es el tercer destino turístico más importante del mundo, con una cuota de mercado de 65 millones de personas en el último año, y sólo superado por Francia y Estados Unidos. Por otra parte, España dispone de una gran oferta sociosanitaria con más de 2.500 centros de dependencia, más de 100 balnearios y hospitales de prestigio internacional con las más exigentes acreditaciones de calidad e inmejorables tecnologías que ofrecen servicios de gran calidad a precios muy competitivos.

Además de un excelente Sistema Nacional de Salud reconocido internacionalmente, disponemos de una infraestructura de comunicaciones con una elevada conectividad aérea con destinos europeos e internacionales y una red ferroviaria interna de alta velocidad. Todo ello, junto con un clima favorable y una amplia oferta turística y cultural, hacen de España un destino ideal para el turismo de salud. No obstante, España aún no se encuentra bien posicionada en este mercado.

El turismo de salud entendido como el desplazamiento de personas a otro país con la intención de recibir un tratamiento sanitario, bien sea en un centro residencial, hospitalario o balneario es un mercado global de más de 6.000 millones de euros con tasas de crecimiento del 20 %.

Un objetivo que está más cerca de realizarse gracias a la creación del Clúster Español de Turismo de Salud, una alianza estratégica de los sectores de turismo y la salud en España que nace con el doble objetivo de situar a España como destino de referencia en el mercado de Turismo de Salud y atraer al mayor número posible de pacientes hacia nuestros centros sanitarios privados.

Para la consecución de estos objetivos, el Clúster Español de Turismo de Salud creó la marca comercial Spaincares que, a raíz del acuerdo firmado con la Escuela de Organización Industrial el 7 de octubre de 2015, pasa a ser la “Marca España” del sector del turismo de salud.

Además, el Clúster Español de Turismo de Salud cuenta con varios acuerdos con la Secretaría de Estado de Turismo, la OMT, Segittur, Turespaña y cuenta con el apoyo del Ministerio de Sanidad y otras entidades públicas.

Este clúster está considerado como un modelo ejemplar de colaboración público-privada y ha sido presentado internacionalmente en varias ocasiones como un caso de éxito a imitar por otros países y sectores.

Es un mercado en el cual España no se encuentra correctamente posicionada, a pesar de disponer de una amplia y moderna planta hospitalaria y de servicios para la salud, grandes especialistas médicos y una adecuada relación calidad-precio. Somos un país acostumbrado y preparado para atender a millones de turistas, tenemos una magnífica climatología, disponemos de los estándares de calidad y garantía legales de la Unión Europea y tenemos una espléndida planta hotelera capaz de atender adecuadamente a estos clientes.

La relevancia económica del Turismo de Salud podemos percibirla examinando los siguientes datos¹¹⁰:

- El gasto turístico medio de un Turista de Salud es 10 veces superior al de un turista medio.
- El Turismo de Salud es un mercado que ya en el año 2009 tenía una facturación de 100.000 millones de dólares a nivel mundial.
- Los principales mercados emisores son EE. UU., Oriente Medio, Reino Unido y Alemania.
- Los principales mercados receptores son India, Tailandia, Malasia, Méjico, EE. UU. y Reino Unido.
- Dentro de este mercado, España cuenta con una cuota de mercado baja, excepto en infertilidad, gracias a los mercados alemán e italiano. Entendemos que existe un gran potencial de mercado que no se restringe de forma exclusiva a la cirugía estética y que contamos con grandes ventajas competitivas.
- En el Reino Unido, en el año 2009, más de 100.000 pacientes recibieron tratamiento fuera de sus fronteras con un gasto aproximado de 500 millones de euros y en EE. UU. se estima que, en el año 2012, 1,1 millones de pacientes recibirán tratamiento médico fuera del país. En Oriente Medio el gasto anual en Turismo de Salud es de 5.000 millones de dólares.

110 Estudio Deloitte *Turismo Médico: Actualización e implicaciones*.

Aunque el sector del Turismo de Salud no cuenta de momento con el mismo peso económico que en otros países donde lleva años asentado (de hecho, España sólo tiene el 1 % del volumen de negocio mundial) sí cuenta, con un potencial muy importante de cara a crecer un 20 % anual, además de un objetivo a superar, el de desestacionalizar la oferta turística en España y, por tanto, acabar con las largas temporadas de desocupación hotelera.

En 2015, España prevé facturar 500 millones de euros, cifra que podría duplicarse en los próximos cinco años, es decir, alcanzar los 1.000 millones en 2020¹¹¹. Un objetivo que está más cerca de realizarse gracias al acuerdo que han firmado recientemente el Clúster Español de Turismo de Salud y la Secretaría de Estado de Turismo, compuesto por los principales actores del turismo de salud (Clínicas privadas, Balnearios, Centros de Dependencia, Alojamientos turísticos y Agencias de Viaje). Permitirá acceder a los principales espacios internacionales en la materia. Es preciso destacar que el país cuenta con una sanidad privada asentada, solvente y con unos precios competitivos que le permitiría superar los objetivos que se han marcado para los próximos años.

Ante el auge que está teniendo el turismo de salud en España, son ya muchos los pacientes extranjeros que piden incluir una cama hospitalaria en sus paquetes vacacionales. En la red, los visitantes indagan sobre cuáles son las mejores clínicas privadas a las que acudir, los especialistas de referencia, los costes de las intervenciones o los establecimientos balnearios adecuados para tratar sus dolencias. De hecho, el 68 % de los extranjeros que buscan un tratamiento médico o preventivo en España lo hacen a través de internet. El problema está en que apenas encuentran información fiable y la poca que hay accesible no está traducida a otros idiomas. Una tendencia que poco a poco está acabando con la creación de cientos de plataformas online, donde ofrecen al turista un directorio completo de especialistas médicos, centros de referencia y valoraciones del mismo a golpe de clic¹¹².

Francia, Reino Unido, Alemania, Rusia, los países nórdicos y los Emiratos Árabes son los mercados prioritarios para España, tanto por la cantidad de turistas que llegan como por la cuantía económica que se dejan aquí. Por lo general, son turistas de entre 30 y 50 años de edad y con un poder

111 Estimaciones de Spaincares, entidad que aglutina más de 50 clínicas, centros de dependencia y balnearios.

112 Revista Médica.

adquisitivo alto (gastan 1.200 euros diarios, lo que supone diez veces más que el turista convencional, que sólo invierte 122 euros al día) que invierten en tratamientos médicos que oscilan entre los 4.000 y los 20.000 de media.

Cataluña, Madrid, la Costa del Sol, el Levante, las Islas Baleares y Canarias son las zonas favoritas por los pacientes para tratarse, destinos que coinciden con los que más afluencia de turistas extranjeros tiene durante los meses de verano. Sin embargo, los tratamientos más demandados dependen de la edad del cliente y del momento en el que lleguen a España para tratarse.

Medicina Estética, Medicina Reproductiva y Ginecología son las tres especialidades más demandadas entre los jóvenes y, generalmente, solteros durante la temporada alta del año (de junio a septiembre), debido a que España es una de las regiones europeas con una mayor estabilidad jurídica en este sentido y porque, también, los costes de las terapias y las listas de espera son menores que los de sus países de origen. Traumatología, por otro lado, es la especialidad más requerida por las familias, ya que durante su estancia en el país acuden con más frecuencia al hospital por los golpes que se han dado sus hijos pequeños.

Las personas mayores de 50 años y los jubilados, en cambio, son el único tipo de paciente que acude a la sanidad privada española durante la temporada media (primavera-otoño) para tratarse patologías relacionadas con Medicina Interna, Cardiología, Oncología, Oftalmología y Odontología, debido a que disponen mucho más tiempo para viajar y en esas fechas las listas de espera para ser intervenidos suelen ser mucho más cortas al haber menos afluencia de pacientes.

Gracias a la Directiva Europea de Asistencia Sanitaria Transfronteriza se abre la puerta a que los pacientes de la UE reciban tratamientos tanto en centros públicos como privados de otro país, que luego serán abonados por su país de origen. Esta vía es todavía muy poco relevante, ya que la aplicación de esta Directiva se encuentra en un estado muy prematuro. Además, estos pacientes deben ajustarse a la normativa específica de su país de origen y obtener los permisos correspondientes para recibir el reembolso de los gastos.

En virtud de cuanto antecede, consideramos imprescindible trabajar conjuntamente entre los distintos sectores que pueden participar y con la Administración Pública para posicionar a España como destino de referencia en Turismo de Salud.

Ámbito Sociosanitario

Dependencia y atención sociosanitaria

Las situaciones de dependencia, problema histórico de determinados grupos de ciudadanos, adquieren actualmente una gran importancia derivada del impacto del envejecimiento de la población y el aumento del volumen de personas muy mayores. Se define la dependencia como la necesidad de apoyo personal y/o instrumental para realizar actos básicos o vitales de la vida cotidiana. Tales apoyos pueden ser formales o informales. Cuando son informales nos referimos, sobre todo, al apoyo que la familia y la sociedad civil realizan de manera gratuita, si bien con altos costes de oportunidad (en tiempo, ocio, salud y trabajo) y fuera de la atención sociosanitaria en sentido estricto. Cuando nos referimos a la atención formal estamos hablando de la Atención Sociosanitaria (ASS) como conjunto integrado de servicios y prestaciones sociales y sanitarias que se destinan a la rehabilitación y cuidados de personas que se encuentran en diferentes situaciones de dependencia. Una concepción integral de la Atención Sociosanitaria comprende no sólo el nivel formal sino también el nivel informal apoyando al cuidador ya que la dependencia afecta, al menos, a cinco áreas de cuidados: capacidad funcional, salud física, salud mental, apoyo informal y vivienda¹¹³.

La situación creciente de personas con dependencia requiere una respuesta sociosanitaria integral por parte de la sociedad y las Administraciones Públicas basada en criterios de coordinación de recursos sociales, sanitarios y familiares, la prioridad de la atención comunitaria hasta donde su coste-efectividad sea superior al residencial, la satisfacción de objetivos de prevención y rehabilitación frente a los de curación y soporte personal y la participación de las personas mayores en la definición de sus necesidades y concreción de demandas¹¹⁴.

Es preciso poner en valor el volumen de los recursos que compromete el sector de atención a la dependencia en España. A finales de 2013, el sector de Servicios Sociales contaba con 10.270 empresas: 5.157 pertenecientes al sector de asistencia establecimientos residenciales y el resto, 5.113 empresas, al sector de actividades sociales sin alojamiento. Ambas empleaban

113 IMSERSO. Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias.

114 Gregorio Rodríguez Cabrero Catedrático de Sociología. Universidad de Alcalá.

a 426.200 personas¹¹⁵. El proceso de implantación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) parece haber contribuido a mejorar la estabilidad en el empleo de los servicios asociados a la atención a la dependencia, si bien todavía presentan importantes desigualdades entre ellos. En el diseño de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD) se estimó la creación de alrededor de 300.000 empleos como consecuencia de su implantación. En el período 2005-2009, según el informe que venimos siguiendo en esta exposición, se crearon 115.500 puestos de trabajo en el sector social. De ellos, 54.300 en el sector con alojamiento y 61.200 en el sector sin alojamiento. Esto, suponiendo que se atribuyesen todos estos nuevos empleos a la aplicación de la LAPAD, supone sólo el 38,1 % de lo proyectado. Los primeros años de la implantación de la LAPAD coinciden con una aceleración del crecimiento previo. En 2008 se produce una disminución de empleo que vuelve a crecer entre 2009 y 2011, sobre todo en el sector sin alojamiento.

A este respecto cabe señalar que la Asociación de Empresas de Servicios para la Dependencia (AESTE) gestiona un volumen agrupado de 42.500 camas que representa un 25 % de las plazas privadas y un 15 % del conjunto de plazas residenciales, lo que supone un 40 % del valor económico del mercado. Esta Asociación cuenta con 43.500 trabajadores y agrupa más de 348 residencias, además de 5.344 plazas en centros de día, 191.634 usuarios de Ayuda a Domicilio, 34.833 de Teleasistencia y 88.057 de otros servicios. Son atendidas diariamente por sus socios 314.524 personas en situación de dependencia¹¹⁶.

El sector de provisión de servicios para mayores se encuentra actualmente en una fase de desarrollo encuadrado en las siguientes circunstancias¹¹⁷:

- Eclósion de la percepción social del interés y necesidad por estos servicios.
- Demanda inmadura y en fase de estructuración.
- Sector de gran visibilidad social y políticamente instrumentalizado.
- Provisión extremadamente atomizada.

115 Observatorio del sector de atención a la dependencia en España Informe Junio de 2014.

116 <http://www.asociacion-aeste.es/>

117 <http://www.asociacion-aeste.es/>

- Heterogeneidad en la oferta en la que cohabitan compañías y proyectos estructurados, con economías de subsistencia, organizaciones filantrópicas o pequeños negocios particulares no profesionalizados.
- A pesar de la creciente demanda social de productos y servicios, permanecen las dificultades para comercializar y explotar en buenas condiciones los propios negocios, no tanto por el incremento de la competencia como por las condiciones del mercado.
- Percepción social e institucional de que no se trata de un sector de valor añadido, donde compañías privadas legítimamente puedan al mismo tiempo ofrecer un servicio de calidad a la sociedad y atender adecuadamente los planes de sus accionistas.
- Sector de actividad naturalmente intensivo en fuerza de trabajo, siendo por tanto crítico y estratégico que las compañías puedan obtener en el mercado de trabajo personal suficiente, cualificado y a coste proporcionado a la estructura económica de la actividad.
- Estructura asociativa compleja, también atomizada.
- Percepción social en gran medida negativa sobre los centros residenciales para mayores tanto por el "síndrome del abandono" como por la pobre imagen y reputación dada por multitud de centros poco profesionales, deficientes e, incluso, ilegales.

LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA. REALIDAD ACTUAL

El progresivo envejecimiento de la población y el cambio en el patrón de las enfermedades, con un incremento de las situaciones de cronicidad y pluripatología asociadas en muchos casos a situaciones de dependencia, está teniendo un gran impacto sobre el conjunto del Estado del Bienestar, y por consiguiente también sobre la organización de los servicios sanitarios y sociales, tanto en España como en la mayoría de países occidentales. Asimismo, influyen de forma determinante en este sentido otros fenómenos sociales como los cambios en la estructura y organización de las familias, la situación de la mujer y su progresiva incorporación en el mundo del trabajo, y la organización social del cuidado.

Al mismo tiempo, habría que tener en cuenta los avances sociales y normativos en los últimos años, como son por ejemplo el reconocimiento de los derechos de las personas en situación de dependencia y/o discapa-

cidad, que se ha plasmado en documentos como la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, o la propia Ley de Autonomía Personal y de Atención a las personas en situación de Dependencia (LAPAD).

Todos estos cambios han permitido avanzar en el ámbito social y sanitario en muchos aspectos, y si bien se identifican varios retos, también representan un abanico de oportunidades¹¹⁸. Las personas deben ser atendidas utilizando los recursos humanos y materiales más adecuados a sus necesidades sanitarias y sociales en cada momento.

Se apuesta por una racionalización en el uso de los diferentes recursos y niveles asistenciales, dadas las diferentes necesidades de inversión de los mismos y las dificultades de financiación pública y privada. El objetivo principal de la propuesta es la búsqueda de la máxima eficacia y eficiencia.

Atención primaria (Puerta de entrada al Sistema)			
Niveles asistenciales			
HOSPITALES GENERALES DE AGUDOS	CENTROS DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA	CENTROS DE LARGA DISTANCIA	OTRAS PRESTACIONES
<ul style="list-style-type: none"> ■ Centros hospitalarios de media estancia ■ Centros residenciales (con unidad socio-sanitaria acreditada por sanidad) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Centros residenciales con módulo sanitario acreditado por Sanidad 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Centros de día ■ Ayuda a domicilio ■ Teleasistencia ■ Dispositivos comunitarios 	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Intervención y tratamiento de enfermedades agudas, reagudizaciones y urgencias 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Enfermedades de larga duración (crónicas) con requerimientos de atención sanitaria compleja ■ Convalecencia ■ Recuperación funcional ■ Paliativos ■ Post-agudos y sub-agudos ■ Hospital de día 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cuidados de larga duración <li style="padding-left: 20px;">Dependencia grave <li style="padding-left: 20px;">Dependencia severa 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cuidados de larga duración <li style="padding-left: 20px;">Dependencia moderada <li style="padding-left: 20px;">Dependencia leve
Coste cama* 650 €/estancia/día	Coste cama* 300-400 €/estancia/día (c. públicos) 108-145 €/estancia/día** (c. privados)	Coste cama* 80 €/estancia/día	
* Coste sin IVA ** Excepto plazas Hospital de día			

Fuente: FUNDACIÓN EDAD & VIDA. Reflexiones para una mejora organizativa de la atención social y sanitaria

118 FUNDACIÓN EDAD & VIDA. Instituto para la mejora, promoción e innovación de la calidad de vida de las personas mayores.

Vamos a tomar como referente, a continuación, el *Documento Base para una Atención Integral Sociosanitaria*¹¹⁹, sólido en sus planteamientos y claro en propuestas.

Los cambios experimentados por la pirámide demográfica española muestran un importante avance de la esperanza de vida de la población, pero a la vez suponen un importante desafío al mostrar un envejecimiento de la población y un aumento del peso porcentual de los mayores en nuestra sociedad. El porcentaje de mayores de 64 años en 2020 rebasará, en términos de evolución social, el 20 % de la población española y este porcentaje alcanzará el 30 % en 2030. La población mayor de 80 años, por su parte, se estima que en 2050 alcance el 11,2 % del conjunto de los ciudadanos.

El Sistema Sanitario está orientado a la atención de enfermedades agudas mediante una asistencia episódica de los procesos con finalidad curativa¹²⁰, valorando menos de lo debido los aspectos preventivos y los cuidados y la responsabilidad de las personas sobre los mismos. Debe existir una corresponsabilidad entre la persona, que debe ser conocedora y consciente de la necesidad de cuidarse, y el sistema, que debe garantizar políticas de detección temprana de problemas (independientemente de su índole, ya sea sanitaria o social). Hay una discordancia en este planteamiento de asistencia entre las necesidades de las personas con limitaciones en su actividad y problemas de cronicidad y la atención que reciben, mostrándose esta discordancia de forma preocupante en los casos de pacientes portadores de pluripatologías, con morbilidad o que se encuentren por diversas causas en situaciones de especial vulnerabilidad. Una clave a considerar debe ser que las acciones preventivas comienzan con el fomento del autocuidado de las personas a lo largo de los años de vida y no sólo en la etapa de la senectud.

No podemos olvidar que, en nuestro país, la atención a procesos crónicos supone el 80 % de las consultas de Atención Primaria y el 60 % de los ingresos hospitalarios; de hecho, la mitad de las camas en estos centros las ocupan personas mayores de 65 años, cuando su representación numérica porcentual es varias veces inferior. Las enfermedades crónicas serán en 2020 la principal causa de discapacidad y/o dependencia¹²¹ en España, con el sombrío panorama de que en 2030 duplicarán su incidencia para personas mayores

119 Sanitaria 2000. Mayo 2015.

120 Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, 2012.

121 Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria y la Dependencia, 2011.

de 65 años. El establecer un marco básico para una atención sociosanitaria muestra su necesidad principalmente por los cambios sociodemográficos y epidemiológicos mencionados y por la evidente necesidad de garantizar una atención integral y continua, garantizando la cobertura sanitaria y mejorando la calidad asistencial en función de las necesidades constatadas y las previsibles a futuro. Se necesita un cambio de orientación de los servicios en un abordaje integral sanitario y social de los cuidados a las personas, a través de equipos interdisciplinares procedentes de ambos ámbitos. La relación entre ambos sectores hace necesario realizar acciones que visibilicen, en el ámbito sanitario, las atenciones y servicios vinculados a la salud que se llevan a cabo desde el ámbito de lo social. Es preciso reconocer la coexistencia y necesidad de los recursos en pos de una garantía de calidad en la atención que se trata de prestar. No hay que olvidar, por otra parte, una formación bidireccional de los profesionales del sector social y sanitario sobre los recursos y tipo de actividad existente en cada ámbito. Existe desconocimiento mutuo que genera duplicidad, crítica y falta de contestación que revierten negativamente en la percepción del usuario final sobre la atención recibida (el desconocimiento genera percepción negativa en el ciudadano sobre los sistemas existentes).

La atención sociosanitaria fue definida en la Ley 16/2003 de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud¹²² *como aquella que comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características, pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social... la continuidad de servicios será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes.*

Este concepto ha ido evolucionando, aunque desde su concepción inicial ha ido asociado a la prestación de cuidados continuados a personas con situación sanitaria de cronicidad y simultánea situación de dependencia. Es decir, el sujeto atendido presenta, a la vez, necesidad de cuidados sanitarios y sociales, evidenciando la necesidad de conjugar y coordinar ambos dispositivos asistenciales.

122 Artículo 14.1 de la misma.

En esta visión coordinada se muestran como elementos clave de la atención sociosanitaria factores tan relevantes y heterogéneos como la prevención, la integralidad, la coordinación interna y externa con otros niveles asistenciales, la continuidad asistencial, la interdisciplinariedad, la dimensión ética de la atención, la confidencialidad, la calidad y la atención a las necesidades y preferencias de las personas atendidas.

IDEARIO DE DIEZ CLAVES INTEGRADORAS DE UNA PROPUESTA

1. La persona debe ser el eje del modelo de atención a la Dependencia y debe ser atendida en el recurso que corresponda por grado y nivel de necesidad.
2. La persona para los servicios residenciales y de Centros de Día debe tener el máximo nivel posible de elección entre los proveedores acreditados por la Administración para prestar un servicio de la red de utilización pública, debiendo respetarse la libre elección del usuario entre estos servicios profesionales acreditados.
3. Debe existir un ejercicio real y responsable de copago en función de todas las capacidades de la persona (renta y patrimonio).
4. La prestación económica vinculada a servicios profesionales es una excelente forma de atender las necesidades, utilizando los recursos profesionales existentes y dando la capacidad de elección al usuario. Debería tenderse a una equiparación de cuantías entre el coste de los servicios y el equivalente a la prestación económica vinculada a servicios profesionales.
5. Desarrollar un sistema de acreditación equitativo que garantice unos mínimos comunes entre las diferentes Comunidades Autónomas para garantizar la calidad de los servicios. Asimismo, hay que desarrollar el catálogo de prestaciones del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD). El objetivo es la equidad para el ciudadano.
6. Sanidad y Atención a la Dependencia actúan como vasos comunicantes donde una inversión adecuada en el Sistema de Servicios Sociales (Atención a la Dependencia) puede hacer reducir el uso inadecuado de recursos sanitarios, con el objetivo de reducir la estancia en los hospitales de agudos o evitando admisiones innecesarias.

7. El SAAD es hoy en día uno de los servicios más valorados por los usuarios en la medida que permite satisfacer una de las demandas más generalizadas ya que facilita la permanencia en el domicilio durante el mayor tiempo posible, por eso es muy necesaria la regularización del sector desde el punto de vista profesional y de costes.
8. En un escenario de recursos públicos limitados, resulta imprescindible buscar las soluciones más eficientes para atender a las personas en situación de dependencia que, con una financiación adecuada, podrían ser cuidadas de forma más eficiente en residencias asistidas y con una menor inversión.
9. El SAAD debe fundamentarse en la corresponsabilidad entre todos los actores: Administración General del Estado, Comunidades Autónomas y otras Administraciones locales, incluido el propio ciudadano mediante el copago. Es imprescindible garantizar una adecuada financiación y calidad del sistema.
10. Las Administraciones Públicas deben velar porque se produzca una evaluación exclusivamente profesional, adecuada de los Servicios Públicos, tal como se hace en Educación o Sanidad. Sin olvidar que este es un sector de actividad económica generador de empleo estable, intensivo en mano de obra y no deslocalizable. La Ley no debería ser vulnerada con prestaciones económicas que en su articulado figuran como excepcionales. Para que la persona permanezca en el entorno del hogar existen opciones de servicios profesionales (ayuda a domicilio, teleasistencia y otros) que no han sido suficientemente utilizados.

COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

Otro de los elementos esenciales de la Ley de Dependencia para poder ofrecer una atención integral a las personas es la Coordinación Social y Sanitaria (también recogido en el artículo 14 "Prestación de atención sociosanitaria" de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud), siendo necesaria desarrollar en España una atención eficaz y eficiente de la convalecencia y los cuidados paliativos para enfermedades avanzadas o en final de vida.

EL ESCENARIO ADECUADO

1. El objetivo es atender a personas con necesidades sociales y sanitarias con un sistema coordinado, integral, eficiente y de calidad así como territorialmente equilibrado. Se trata de un modelo de coordinación con integración funcional de los recursos y sistemas (no integración formal ni orgánica). Se mantiene la existencia de las redes sanitarias y sociales actuales, pero funcionando coordinadamente bajo el principio de integración funcional.

2. Requisitos:

- Sistema de atención compartido entre dos redes de servicios: la social y la sanitaria.

Hay que evaluar la intensidad de los cuidados para las personas dependientes y las necesidades de los servicios de asistencia sanitaria y de los servicios sociales, impulsando distintos modelos de cuidados para las personas dependientes (personas mayores, personas con discapacidad física y/o mental), y adaptarlos de la forma más adecuada posible a sus sistemas culturales, sociales y sanitarios con el objetivo de ofrecer una atención integral.

- Disponer de una cartera de servicios definida, única y acreditada.

El foco ha de ponerse en la atención a las necesidades de las personas, configurándose como una cartera flexible, donde se puedan combinar los diferentes servicios acreditados que sean los más adecuados para la atención de los usuarios.

- Establecer una puerta de entrada unificada para todos los servicios. Esto supondría beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales que prestan las distintas Administraciones Públicas. Actualmente, los diferentes modelos de cuidados se definen en torno a la tipología de recursos y las competencias administrativas, habría que hacer un esfuerzo por transformar progresivamente el modelo de atención actual, basado en recursos, a un modelo de atención centrado en las necesidades de la persona.
- Compartir el Sistema de información asistencial. La cuestión es cómo enfocar en el futuro los cuidados de estas personas que han llegado a diversos grados de dependencia y que se ubican en diferentes niveles asistenciales: la única vía posible es conocer de un modo integral la información.

- Coordinación entre los Servicios Hospitalarios, las Residencias, y la Atención Primaria. Una buena regulación de la dependencia que coordine los recursos disponibles haría más eficientes los recursos destinados a Sanidad vinculados a la dependencia y al envejecimiento de la población. La ausencia de coordinación origina en la actualidad numerosos problemas, no tanto debido al aumento de las personas mayores sino por el incremento de la tasa de utilización de servicios hospitalarios, lo que provoca un aumento también de las necesidades de inversión sanitarias e ineficacias.

3. Prestaciones:

Preventivas y de promoción de la Salud

Evaluativas / diagnósticas

Terapéuticas y de soporte a las familias y la reinserción social

Rehabilitadoras activas y de mantenimiento

Cuidados especializados en enfermedades avanzadas y de final de vida

4. Incentivos fiscales necesarios en Dependencia.

En la disposición adicional 7.^a de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia se establece la promoción de la regulación del tratamiento fiscal de los instrumentos privados de cobertura de la dependencia. Sin embargo, este ámbito no se ha desarrollado hasta la fecha.

Con el objetivo de facilitar la cofinanciación por los beneficiarios de los servicios que se establecen en la Ley, habría que promover la regulación del tratamiento fiscal de los instrumentos privados de cobertura de la dependencia, con el objetivo de visualizar la necesidad de la previsión y el ahorro para este riesgo.

Algunas de las posibilidades en materia de incentivación fiscal relacionadas con la financiación futura del envejecimiento y de las situaciones de dependencia que aportarían un importante valor añadido a los ciudadanos y a los contribuyentes pasarían por incentivar aspectos como los siguientes:

- Los sistemas de dependencia y pensiones deberían tener límites de aportación independientes para permitir que dos ámbitos ligados al envejecimiento de la sociedad puedan convertirse en sistemas que faciliten la sostenibilidad de ambos en el futuro.

- La separación de la participación empresarial y la individual, de modo que no computasen de forma conjunta para establecer la aportación máxima a instrumentos privados.

Las prestaciones de seguros privados o planes de pensiones por causa de dependencia deberían estar exentos de tributación para que los sistemas privados ganasen en eficacia real y se visualizaran como complementarios y consolidadores de los sistemas públicos, tanto de dependencia como de pensiones, incentivando los seguros de dependencia de ahorro o seguros de dependencia de riesgo.

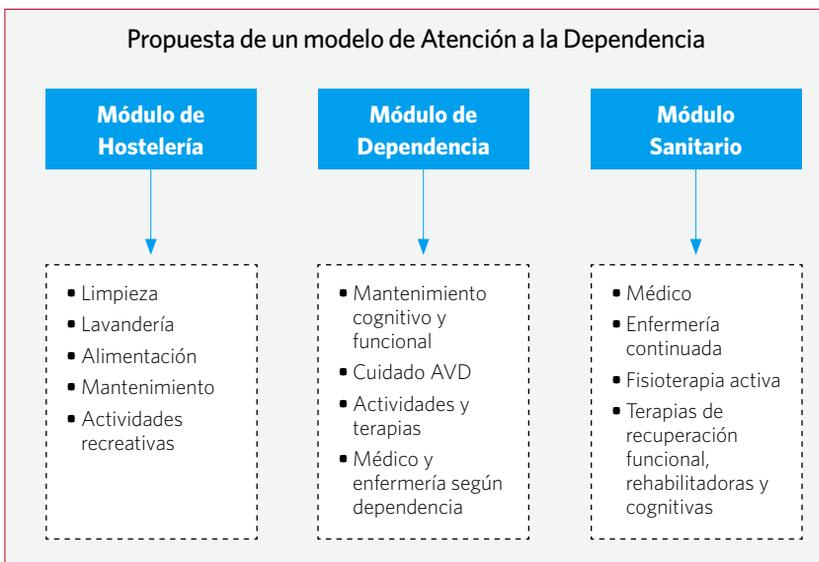
Otras medidas de fomento de seguros de dependencia es la exclusión de los seguros privados de dependencia del cálculo de la capacidad económica del beneficiario. Ampliación de la definición fiscal de los seguros de dependencia para que también puedan ser contratados por personas que en la actualidad ya son dependientes.

El trasvase de ahorro de otros instrumentos financieros a seguros de dependencia debería estar exento de tributación, dado que su promoción permitiría ganar recursos para el Sistema.

Servicios residenciales

Se trata de aquellos que hacen referencia a un ingreso temporal o permanente. Esencialmente serían los adecuados para la dependencia severa y la alta dependencia, ya que la dependencia moderada puede ser fácilmente atendida en el domicilio.

A continuación se describen los tres módulos propuestos con los servicios que corresponden a cada uno. Estos tres módulos comprenden no sólo la definición de los servicios, sino también la financiación de cada uno.



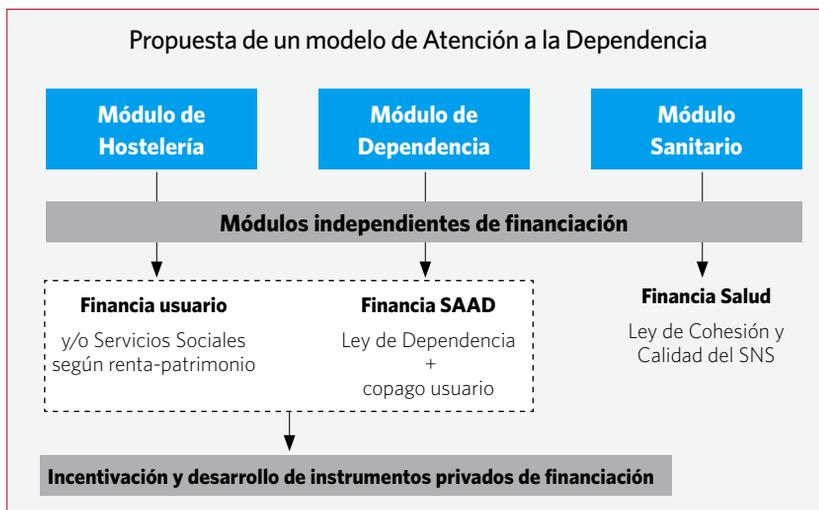
Fuente: CEOE. Comisión de Sanidad y Asuntos Sociales.

ACCIÓN

La financiación de los servicios residenciales que desarrolla el Sistema de Atención a la Dependencia debería tener en cuenta tres módulos: un módulo hostelero, uno de atención a la dependencia y un último módulo de atención sanitaria, diferenciados en función del grado y nivel de dependencia:

- El módulo hostelero debería ser financiado por el usuario del servicio y/o los servicios sociales, en función de su nivel de renta/patrimonio.
- El módulo de atención a la dependencia estará financiado desde el SAAD, que ya contempla el copago del usuario en su articulado.
- En relación al módulo sanitario, éste deberá ser financiado íntegramente por el presupuesto sanitario para gozar del mismo derecho que si estuvieran en el domicilio.

La prestación farmacéutica también es equivalente a la de cualquier persona que vive en el domicilio particular. Cabe destacar en este aspecto que la prestación farmacéutica, a excepción de la hospitalaria, únicamente se presta en las Oficinas de Farmacia.



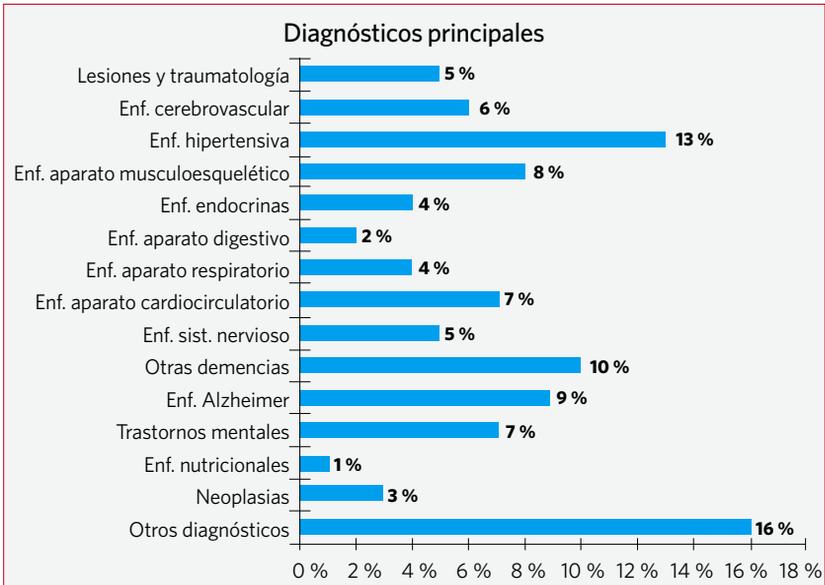
Fuente: CEOE. Comisión de Sanidad y Asuntos Sociales.

EL COLECTIVO DE LOS RESIDENTES

La Fundación Edad y Vida ha realizado un interesante estudio¹²³ sobre un amplio escenario formado por 111 centros residenciales, ubicados en 15 Comunidades Autónomas, respecto de 14.489 residentes (el 44,20 % de las plazas eran privadas, el 40,3 % concertadas y el 15,5 % públicas). El espacio temporal analizado corresponde a un año, entre abril de 2012 y marzo de 2013. El perfil de las personas actualmente atendidas en estos establecimientos viene configurado por una confluencia de factores unidos al propio hecho del envejecimiento, como el incremento de la cronicidad, la pluripatología y las situaciones de dependencia. La mayor parte de las personas que utilizan este recurso asistencial lo hace debido a problemas de salud que no pueden atender debidamente en situación domiciliaria y que necesitan atención por profesionales y recursos especializados. En efecto la atención de esos residentes conlleva un seguimiento farmacéutico complejo, utilización de productos sanitarios y de nutrición que gestionan, no sin dificultad, los centros residenciales.

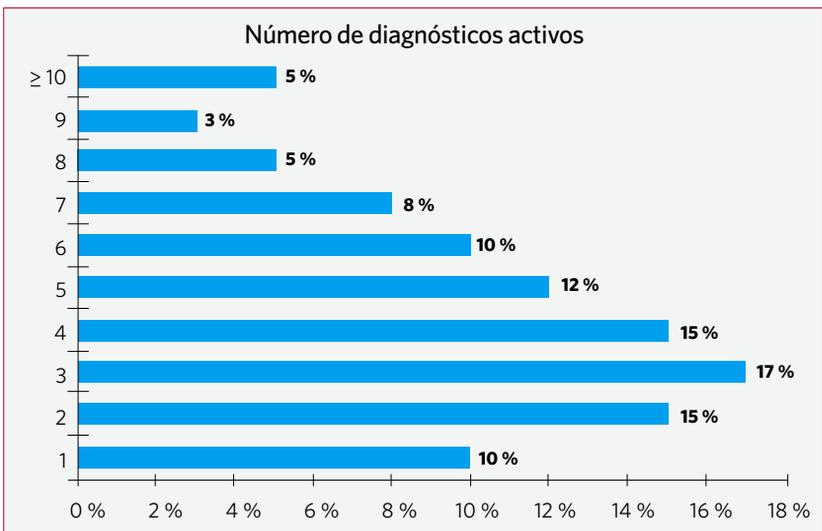
Los diagnósticos principales de los residentes se relacionan con enfermedades hipertensivas, neurológicas (alzhéimer y otras demencias), trastornos mentales. Y enfermedades del aparato muculoesquelético, además de un amplísimo conglomerado de patologías de muy diversa índole.

123 Perfil sanitario de las personas ingresadas en centros residenciales.



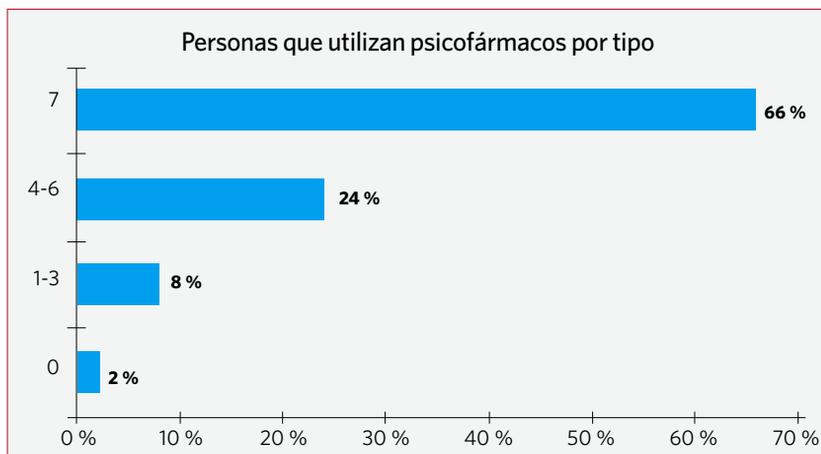
Fuente: FUNDACIÓN EDAD & VIDA. Perfil sanitario de las personas ingresadas en centros residenciales

Es de destacar que el 76 % de los nuevos ingresos tiene 3 o más diagnósticos activos.



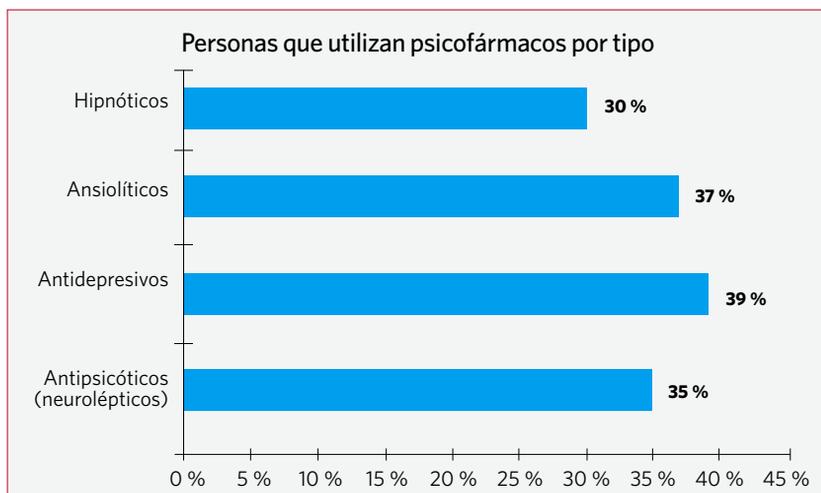
Fuente: FUNDACIÓN EDAD & VIDA. Perfil sanitario de las personas ingresadas en centros residenciales

En relación a los medicamentos, un 66 % de los residentes tienen 7 o más fármacos activos.



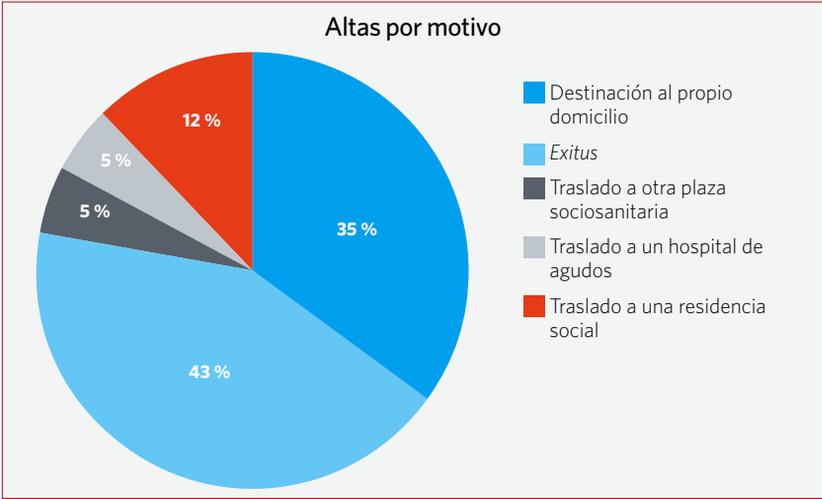
Fuente: FUNDACIÓN EDAD & VIDA. Perfil sanitario de las personas ingresadas en centros residenciales

Es muy elevado el número de residentes que utilizan psicofármacos de diversos tipos.



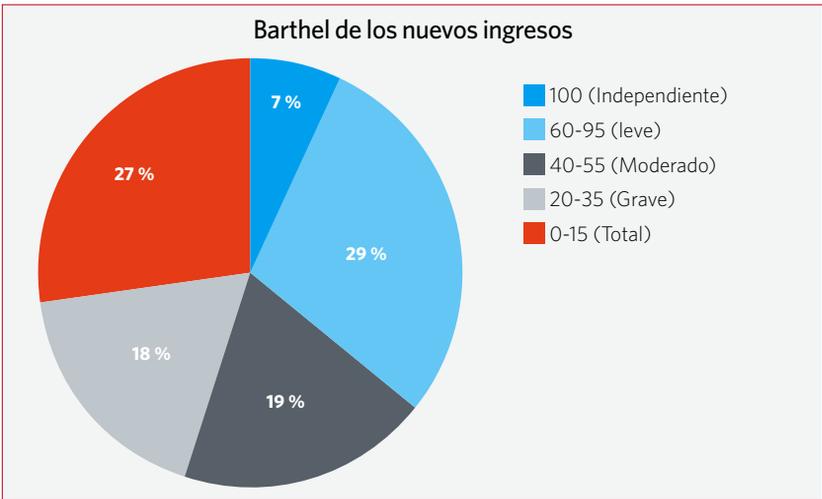
Fuente: FUNDACIÓN EDAD & VIDA. Perfil sanitario de las personas ingresadas en centros residenciales

El estado de salud de estas personas es de un notable deterioro y, de hecho, un importante número de las altas en estos establecimientos tienen por causa el fallecimiento del residente.



Fuente: FUNDACIÓN EDAD & VIDA. Perfil sanitario de las personas ingresadas en centros residenciales

Un dato indicador del deterioro de estas personas es que, al ingreso, el 45 % de ellas presentan una Escala de Barthel inferior al 35 % (dependencia grave o total).



Fuente: FUNDACIÓN EDAD & VIDA. Perfil sanitario de las personas ingresadas en centros residenciales

Un padecimiento de alta prevalencia es la insuficiencia respiratoria crónica, que hace precisas terapias para su tratamiento al 16,9 % de los residentes.

La medicación que reciben los residentes es tópica o parenteral en el 53 % de los casos.

La malnutrición es un asunto preocupante en estas personas, pues más de la mitad de ellas la padecen o están en riesgo de padecerla al ingreso en el centro, como se comprueba en los reconocimientos que se les efectúan en el referido momento.

De cuanto hemos expuesto podemos resumir que el residente medio está afectado de pluripatología, se encuentra polimedcado, padece malnutrición, es incontinente, está en situación de dependencia, tiene alteradas sus funciones cognitivas y padece o está en riesgo de padecer úlceras por presión. La mayoría, además, tiene un pronóstico de vida limitado, incluso en el momento del ingreso.

Es evidente la elevada necesidad de atención sanitaria de estas personas y por ello la calificación de los centros en los que se encuentran no debería quedarse en el calificativo de “residencial” sino que deberían ser considerados centros de atención sociosanitaria o atención intermedia y no meros sustitutos del hogar. Esta consideración llevaría a la creación de un modelo de “acreditación sanitaria y social”.

En este modelo integrado de atención sociosanitaria los establecimientos residenciales, debidamente acreditados, estarían en disposición de prestar a sus usuarios la atención siguiente:

Media estancia		Larga estancia	
CENTROS HOSPITALARIOS DE MEDIA ESTANCIA	CENTROS RESIDENCIALES		OTROS DISPOSITIVOS Centros de día Atención a domicilio Teleasistencia Comunitarios
	Con Unidad sociosanitaria acreditada por Sanidad	Con Módulo sanitario acreditado por Sanidad	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermedades crónicas de larga duración con requerimientos de atención sanitaria compleja ▪ Convalecencia ▪ Recuperación funcional ▪ Paliativos ▪ Post-agudos y sub-agudos ▪ Hospital de día 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuidados de larga duración ▪ Dependencia grave ▪ Dependencia severa 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dependencia moderada ▪ Dependencia leve ▪ Prevención y promoción de la salud 	

Fuente: FUNDACIÓN EDAD & VIDA. Perfil sanitario de las personas ingresadas en centros residenciales

LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN CENTROS RESIDENCIALES

Los colectivos atendidos en este tipo de centros son, como hemos visto, personas que son portadoras de variados procesos patológicos y consumidores habituales de medicamentos y fármacos de variado tipo. Debe dejarse constancia de algunas consideraciones¹²⁴.

- Dar cumplimiento al Real Decreto-Ley 16/2012: un Servicio de Farmacia en todas aquellas residencias sociales con 100 o más plazas.
- Es urgente un cambio en el modelo de acceso a los productos y en su financiación en los centros residenciales.
- La financiación debe evolucionar hacia una tarifa asistencial integrada.
- Es necesario ajustar la financiación pública de los centros residenciales a la complejidad de sus pacientes/residentes.
- Se requiere generar un marco regulatorio específico para los productos sanitarios que normalice su calidad y permita un proceso de selección técnica adecuado.
- Hay que definir y perfeccionar las habilidades de los farmacéuticos y Oficinas de Farmacia vinculados en la gestión de los medicamentos en los centros residenciales.
- Los centros residenciales han de tener libertad de elección respecto a la Oficina de Farmacia u Oficinas de Farmacia con las que quieran contratar los servicios en la dispensación de medicamentos en dichos centros, sin que se impongan limitaciones por razón de cercanía, turnos rotatorios, etc., potenciando la libre competencia en la prestación y especialización de servicios entre las Oficinas de Farmacia.
- Aumentar las capacidades de la Oficina de Farmacia en la prestación de servicios demandados por los centros asistenciales.
- Son desaconsejables los modelos de compra centralizada únicamente basados en el precio.
- El sistema actual de prescripción de medicamentos y productos sanitarios implica dificultades, ya que se dan situaciones donde un médico que conoce al enfermo, valora y elabora el plan farmacológico y otro que finalmente prescribe sin haberlo visto (médico de atención primaria).

124 FUNDACIÓN EDAD & VIDA. Instituto para la mejora, promoción e innovación de la calidad de vida de las personas mayores.

Centros de día

Estos establecimientos, como equipamientos destinados a la atención diurna de las personas dependientes, promueven la convivencia de las personas mayores y la organización de las actividades para la ocupación del tiempo libre, el ocio y la cultura e informan sobre el acceso a los servicios sociales y sanitarios. Su carácter socio-rehabilitador promueve la autonomía de las personas mayores y previene un aumento de la Dependencia mediante intervenciones terapéuticas y rehabilitadoras.

Los Centros de Día son recursos que permiten combinar la permanencia en el entorno, y la prestación de un servicio profesional acreditado. Para garantizar la viabilidad de los mismos y la ocupación de las plazas disponibles se debe incentivar desde el ámbito comunitario y municipal la concertación de los mismos a tarifas que estén alineadas al coste real de los servicios de calidad que se prestan, permitiendo a su vez a los usuarios la participación en la financiación mediante el copago. Sería recomendable que la prestación vinculada al servicio extendiera su uso a los Centros de Día.

Servicios de ayuda a domicilio

Suponen el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas en situación de Dependencia con el fin de atender sus necesidades de vida diaria prestadas por entidades o empresas acreditadas para esta función. Admiten las siguientes variantes:

- a) Servicios relacionados con la atención de las necesidades domésticas o del hogar.
- b) Servicios relacionados con la atención personal, en la realización de las actividades de la vida diaria (Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia).

Es un servicio de carácter preventivo, no sólo asistencial, de modo que representaría un importante ahorro a futuro en atención a los mayores grados de dependencia si se potenciara esta faceta.

En cuanto a los Servicios de Ayuda a Domicilio, debería hacerse una propuesta para unificar los criterios de los servicios, acreditar la calidad

y establecer un modelo de copago que sea equitativo entre las diferentes Comunidades Autónomas. Éstas, desde sus propias agencias o servicios, deberían marcar a los Ayuntamientos estos criterios mínimos consensuados de ámbito nacional que pudieran establecerse.

En un futuro, si se pretende dar buen servicio en domicilio para personas con enfermedades avanzadas o con dependencia severa o alta dependencia, se debería estudiar la coordinación sociosanitaria en profundidad.

La prestación del Servicio de Ayuda a Domicilio es competencia fundamentalmente de las entidades locales, Ayuntamientos y Diputaciones Provinciales. Los precios del SAD a nivel nacional tienen una gran variabilidad, ya que dependen de los convenios colectivos vigentes de carácter autonómico, provincial incluso de empresa. Es necesario para la viabilidad del sector que las tarifas se alineen con los costes reales de los servicios que se prestan.

Debería potenciarse el Convenio Marco Estatal para iniciar una tendencia a la unificación y homologación de costes, además de a la contención de los mismos, puesto que la existencia de convenios de ámbito inferior supone, casi invariablemente, una inflación en los salarios.

Servicios de teleasistencia

La Teleasistencia son los servicios de soporte remoto que se prestan por vía telefónica o telemática a usuarios con riesgo sociosanitario (vulnerables, frágiles, dependientes o con aislamiento social), con la finalidad de facilitar su permanencia en el domicilio y potenciar su autonomía en las actividades de la vida diaria. La implantación de servicios de Teleasistencia ha comportado una mejora significativa de la calidad de vida de los usuarios proporcionando soporte, seguridad y compañía.

En realidad se trata de tecnología, si bien se incluyen en este apartado de atención sociosanitaria en lugar de en el específico al principio mencionado por razones de coherencia expositiva, a continuación de los recursos residenciales, los centros de día y los servicios de ayuda a domicilio, como otro escalón de asistencia a los mayores.

No pueden obviarse los beneficios añadidos de estos sistemas como las campañas informativas (recomendaciones de hábitos saludables, olas de calor, olas de frío, recomendación de hidratación, prevención de robos y estafas,

etc.). El valor preventivo de la tecnología asociada, como es el caso de los dispositivos periféricos más comunes y la prevención de riesgos de incendio, caídas, o inactividad. No debemos olvidarnos, tampoco, de la teleasistencia móvil que saca la atención del ámbito estrictamente doméstico, permitiendo la movilidad total de los usuarios. Conviene recordar las ventajas de extender este servicio para el seguimiento de postoperatorios sencillos en el domicilio, seguimiento de pacientes polimedicados (control de medicación y adherencia al tratamiento), enfermos con episodios de crisis y enfermos que pueden requerir de ayuda puntual (esclerosis múltiple, por ejemplo). La atención y el seguimiento de todos ellos mediante la teleasistencia requerirían de una inversión mínima y podría reportar importantes ahorros sanitarios (menor frecuentación de urgencias o centro de salud).

La teleasistencia ha significado también un proyecto de integración transversal de programas sociales y sanitarios, a través de una plataforma común de servicios con un gran recorrido por delante en el campo de la atención a la dependencia. El futuro de los servicios de teleasistencia permite pensar en servicios cada vez más proactivos, preventivos y de detección precoz de situaciones de riesgo para los usuarios.

La teleasistencia se configura a través de tres módulos principales de servicios:

- Soporte a situaciones de emergencia
- Gestión de agendas sociales
- Gestión de acciones sanitarias

La fácil introducción y la rápida aceptación de los nuevos elementos tecnológicos domiciliarios por parte del usuario es una de las claves que permiten utilizar servicios básicos del Sistema e ir creciendo en funcionalidad y nuevos elementos, en la medida que estos sean necesarios, con una necesidad de inversión diferencial pequeña. Por tanto, es una plataforma de servicios privilegiada, tanto en la prestación de servicios de diversa índole como en la interacción eficiente con otros recursos de atención a la dependencia que el usuario pueda utilizar o requerir: centros de día o especializados, servicios domiciliarios, etc.

Objetivo: el pacto sociosanitario

El *Documento Base para una Atención Integral Sociosanitaria*, como expresa en su contenido, *pretende servir de base para promover un pacto sociosanitario a través de un acuerdo conjunto a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y del Consejo Territorial de Servicios Sociales y Dependencia, que pueda permitir el desarrollo y consolidación de una atención sociosanitaria coordinada e integral, que ponga el centro de sus actuaciones en las personas, así como que todas las instituciones, organismos, entidades competentes en la materia y los profesionales que conforman los equipos, tanto del sector sanitario como del social, gestionen de manera efectiva y compartida la atención integral de las personas que requieren servicios de ambos sistemas asistenciales.*

Enfatiza, este documento, la necesidad de un consenso entre todas las Administraciones públicas implicadas, así como con todos los sectores y agentes competentes en su financiación y provisión de los servicios. Las propuestas contenidas en el documento¹²⁵, que expondremos más adelante, son un conjunto armónico, elaborado y deberían constituir un punto de partida y una base irremplazable para el diálogo previo al mencionado consenso.

Cuentan con una amplia aceptación por los colectivos profesionales implicados y por los espacios políticos y sociales comprometidos.

Llevar a buen puerto este proyecto no es una cuestión baladí, pues son evidentes y notorios sus beneficios potenciales:

- Garantizar un uso más racional de los recursos disponibles, evitando ingresos y estancias innecesarias y poco adecuadas en unidades hospitalarias de enfermos agudos.
- Mejorar la capacidad de respuesta de los dispositivos asistenciales sanitarios y sociales, asignando en cada caso concreto el recurso más adecuado a la necesidad de la persona.
- Actuar como mecanismos de prevención ante reingresos y de implantación de dispositivos de detección precoz de la dependencia de forma coordinada.
- Garantizar la continuidad de los cuidados y la mejora de la calidad.
- Mejorar, en definitiva, la calidad de vida de las personas y de sus familias.

125 Se basan en el *Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria 2011 - Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el SNS 2012 - Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS 2013 - Informe del Consejo Asesor de Sanidad, sobre coordinación y atención sociosanitaria de 2013.*

El contenido del documento aborda grandes campos temáticos, cuya descripción se hace a continuación.

1. Definición ajustada del perfil de la persona necesitada de la atención sociosanitaria.

Se trata de determinar qué personas precisan de forma continuada, a veces permanente, prestaciones y servicios sanitarios y sociales, al concurrir en ellas necesidades de ambos espacios. Dicha necesidad trae su origen en padecimientos de una o varias enfermedades generalmente crónicas y ciertos déficits funcionales que les dificultan severamente o les impiden acometer por sí mismos las actividades de la vida diaria. La situación viene configurada por la confluencia en una misma persona de los factores de cronicidad, limitación funcional y dependencia.

Una vez identificado el sujeto, viene la valoración de su grado de necesidad de atención y de dependencia y la correspondiente asignación de los recursos que precisa.

No obstante, es preciso hacer una matización importante¹²⁶ en el sentido de que la segmentación de la población susceptible de atención sociosanitaria en base a criterios sanitarios, funcionales y sociales no es una clasificación exhaustiva ni implica la exclusión de otros grupos de población que presentan necesidades asistenciales sanitarias y sociales de forma conjunta, y que no están expresamente comprendidos en los criterios de identificación establecidos. Ello es importante porque mientras en el sector sanitario es habitual que dentro del marco definido por los protocolos de atención los profesionales dispongan de un amplio margen para apreciar situaciones de necesidad y prescribir las atenciones correspondientes, lo que flexibiliza y agiliza enormemente la capacidad de respuesta y resolución del Sistema de Salud, en el sector de la atención social es más común que se requiera un reconocimiento administrativo previo de la situación de necesidad (proceso que, por otra parte, puede ser bastante dilatado en el tiempo y resta capacidad de respuesta y de resolución al sistema de atención social) para tener acceso a las prestaciones o servicios dirigidos a satisfacerla.

126 FUNDACION EDAD & VIDA. Instituto para la mejora, promoción e innovación de la calidad de vida de las personas mayores.

2. Establecimiento de la cartera de servicios sociosanitarios.

Precisará del desarrollo de procesos y dispositivos coordinados de ambos niveles que integren los recursos, servicios y procesos requeridos para la situación. Aspectos sustanciales a considerar en este momento son la valoración de los dispositivos a emplear, en razón a las necesidades, la optimización de los recursos y la calidad de los servicios. Una visión actual de la atención a la persona es la de dispensarle la atención y cuidados que precise manteniéndola en su entorno, lejos de la postura institucional de tiempo atrás, sin que por ello tenga que perder calidad en la atención que reciba.

3. Disposición de los órganos de coordinación necesarios.

La persona ha de ser el objeto de atención y centro del sistema, con una visión única que integre y valore, en cada momento, sus necesidades en los campos sanitario y social y garantice la continuidad de los servicios, a través de la imprescindible colaboración de los órganos de las Administraciones competentes, en quienes reside la responsabilidad de establecer los mecanismos necesarios para que la coordinación sea efectiva.

Se hace imprescindible, a tal efecto, el establecimiento de los órganos de coordinación que permitan determinar un plan de actuación común que defina los servicios que ha de poner cada sector en función de las necesidades de la persona, garantizando una atención adecuada y segura.

La persona necesitada de atención entra en el circuito sociosanitario por la confluencia de necesidades en ambos sectores, que generan la puesta en marcha de una atención combinada y completa.

Puede ser derivada desde muy diversos puntos de origen, como la Atención Primaria, el hospital de agudos, equipos domiciliarios o servicios sociales comunitarios especializados. Una vez en destino, será responsable el dispositivo sociosanitario activado. Una clave de suma importancia es que haya una transmisión segura y completa de la información, ya que ésta es una herramienta imprescindible para la toma de decisiones. Sin este elemento no es posible garantizar, por otra parte, la continuidad asistencial.

Figuras del máximo interés, en orden al cumplimiento de estos objetivos, son las de la comisión sociosanitaria y la del gestor del caso, con el objetivo mencionado de garantizar el adecuado enlace entre ambos sectores y cumplir la misión de asignar el recurso adecuado y llevar a cabo el seguimiento necesario.

4. Utilización de criterios homogéneos, en la autorización de centros y servicios sociosanitarios.

Es evidente que la red de atención ha de ser examinada y autorizada por los poderes públicos, en aras a las insoslayables garantías de legalidad, eficiencia y calidad de los servicios, pero la utilización de criterios homogéneos en los distintos espacios territoriales es un presupuesto ineludible para garantizar la seguridad jurídica. Este requisito es previo a la autorización de funcionamiento e inscripción en el correspondiente registro.

La problemática de estas autorizaciones, en los casos concretos, debe ser objeto de análisis conjunto por los dos sectores (sanitario y social) para obtener la imprescindible visión global del recurso objeto de análisis.

5. Puesta en marcha, en general, de mecanismos compartidos de información.

Ha de ser completa sobre el usuario (sanitario y social), para que facilite la toma integral de decisiones. Los instrumentos que permitan este propósito pueden ser, de forma idónea, los siguientes:

- Un conjunto mínimo de datos sociosanitarios
- Un código de identificación, sociosanitario único
- Una historia sociosanitaria integrada

Estos elementos permitirán el registro, el seguimiento y la evaluación de todo el proceso de atención, sobre cualquier necesidad de información requerida.

ESPACIOS TEMÁTICOS A CONCRETAR

1. Definición ajustada del perfil de la persona necesitada de la atención sociosanitaria.

Identificar debidamente a estos sujetos exige delimitar unos criterios. Se propone fijar atención en los grupos siguientes:

- Criterio Sanitario.
 - » Personas con enfermedades crónicas, que hayan generado incapacidad funcional severa y gran complejidad en los cuidados que precisan.
 - » Personas con discapacidad asociada a enfermedad mental (a) trastorno mental moderado o grave de evolución prolongada, b) patología

adictiva, c) discapacidad asociada a enfermedad mental en menores de edad con alteraciones importantes de conducta, todos ellos con alta necesidad de cuidados.

- » Enfermos con discapacidad intelectual y alteraciones graves de conducta.
- » Pacientes con atención de cuidados paliativos por enfermedad crónica avanzada y progresiva, con pronóstico de vida limitado y necesidad de cuidados.
- » Menores con necesidad de atención temprana.

- Criterio funcional.

- » Enfermos con limitación funcional severa para realizar actividades de la vida diaria (escalas Katz, Barthel, Lawton).
- » Portadores de dependencia severa o gran dependencia (grados II o III).
- » Personas con disfunción moderada o severa en el funcionamiento global de la persona, con valoración según escalas adecuadas del déficit en autocuidados, autonomía, autocontrol, relaciones interpersonales, ocio y tiempo libre y/o en funcionamiento cognitivo.

- Criterio social.

- » Personas carentes de una red social o de apoyo adecuada.
- » Situaciones de riesgo de claudicación del cuidador principal.
- » Paciente que reside en vivienda que no reúne cualidades apropiadas a sus necesidades.

2. Establecimiento de la cartera de servicios sociosanitarios,

La concreción de esta cartera supone un decidido avance hacia la equidad y una transparencia en los derechos de las personas que requieren atención sociosanitaria. Su objetivo básico es mejorar el estado de salud, de funcionalidad o de autonomía física, psíquica y social del usuario, así como facilitarle la permanencia en su domicilio o entorno social, para contribuir a mejorar la calidad de vida del enfermo y de su cuidador, respetando sus estilos de vida y sus preferencias, así como dar continuidad a los cuidados cuando sean necesarios.

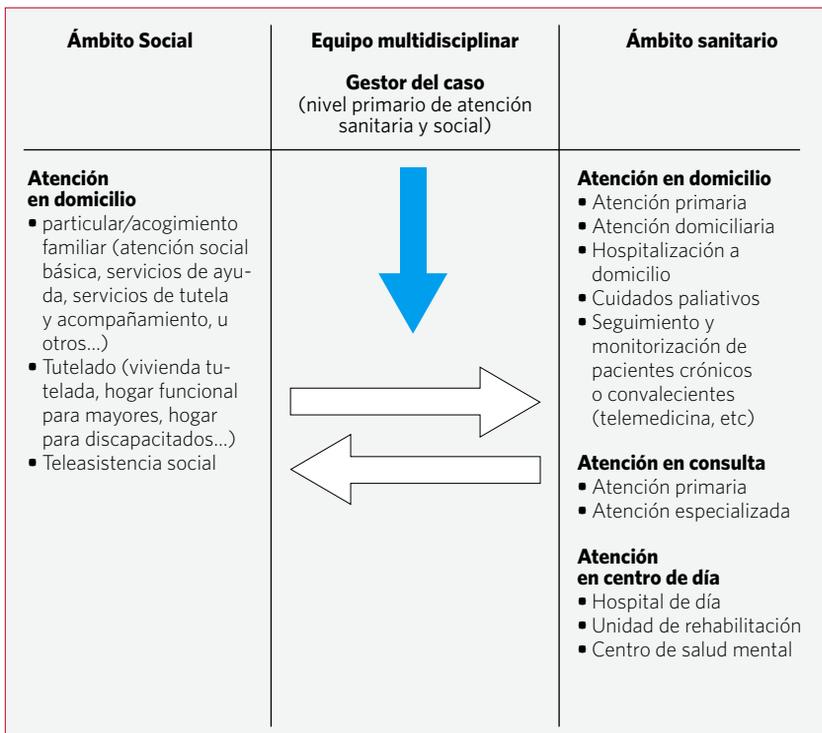
Se propone el siguiente contenido de la cartera común de servicios de atención sociosanitaria:

- Programas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y del deterioro funcional, de pérdida de la calidad de vida y de la dependencia, dirigidos al conjunto de la población o a grupos específicos para afrontar situaciones de riesgo de dependencia durante todo el curso vital, en la que puede jugar un papel importante la Oficina de Farmacia dada su cercanía y accesibilidad al paciente.
- Programas de promoción y prevención individual realizados en consultas médicas y de enfermería, en el domicilio del paciente o con otros recursos, de acuerdo con los servicios de salud y los servicios sociales, tanto de los pacientes como de sus cuidadores. Estas acciones irán dirigidas a pacientes portadores de nivel alto de riesgo sociosanitario, como polimedicados y población frágil.
- Cuidados sanitarios de larga duración dirigidos a la atención de pacientes que precisan cuidados sanitarios, en general, de baja complejidad, por procesos crónicos o por tener reducido su grado de independencia funcional para la actividad cotidiana. Estos cuidados pueden ser proporcionados en el domicilio o precisar de algún período de internamiento.
- Atención sanitaria a la convalecencia. Orientada a personas que, tras haber sufrido un proceso de enfermedad, de accidente o un proceso intercurrente de enfermedad o discapacidad crónica, presentan limitaciones en su autonomía y requieren atención y cuidados durante un tiempo limitado en su domicilio o en régimen de internamiento.
- Rehabilitación de pacientes con déficit funcional recuperable, orientada a la recuperación de la autonomía perdida y la prevención de situaciones de discapacidad y dependencia, con el fin de facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente.
- Cuidados sanitarios a personas con enfermedad mental, con demencia u otras enfermedades neurodegenerativas o con déficit funcional o sensorial grave de cualquier causa y que puedan dispensarse en el domicilio, en régimen residencial o de internamiento.
- Atención a menores sujetos a medidas de especial protección, niños portadores de trastornos graves del desarrollo, menores procedentes de familias desestructuradas y niños con enfermedades crónicas y discapacitantes.

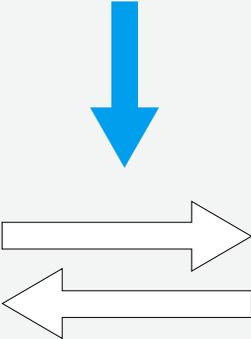
La atención de esta cartera prestacional se dará con una visión única de la persona que integre en cada momento sus necesidades en ambos campos y bajo la responsabilidad y supervisión de un equipo multidisciplinar, gestor del caso y coordinador de esa atención.

Las autoridades sanitarias y sociales habrán de facilitar la atención mediante la coordinación de los recursos, de manera que se garantice una aplicación eficiente que favorezca en lo posible el mantenimiento del usuario en su entorno y evite, como ha sido expresado con anterioridad, la institucionalización, además de potenciar la atención clínica y farmacéutica en los entornos residenciales propios. Debería aprovecharse la red asistencial que conforma la Oficina de Farmacia potenciando su función como establecimiento sanitario y agente de salud. Podría contarse, además, con otros recursos como las redes informales de cuidados (asociaciones de pacientes, grupos de ayuda mutua o voluntariado, por ejemplo).

La persona atendida puede recibir la atención en distintos lugares, como se muestra en los cuadros siguientes.



Fuente: FUNDACIÓN EDAD & VIDA. Documento base para una atención integral sociosanitaria

Ámbito Social	Equipo multidisciplinar Gestor del caso (nivel primario de atención sanitaria y social)	Ámbito sanitario
<p>Atención con estancias diurnas</p> <ul style="list-style-type: none"> Centros de día en sus diferentes variaciones (centro de día especializado, centro de rehabilitación psicosocial, centro de día para personas dependientes, terapia ocupacional...) <p>Atención en centros residenciales (para personas mayores, para personas con discapacidad...)</p> <ul style="list-style-type: none"> con asistencia social con asistencia social y sanitaria (residencias asistidas) <p>Atención en centros monográficos</p> <ul style="list-style-type: none"> Centros monográficos (Ceadac) 		<p>Atención con ingreso</p> <ul style="list-style-type: none"> Hospital de agudos Hospital de media-larga estancia Unidades de convalecencia Cuidados paliativos

Fuente: FUNDACIÓN EDAD & VIDA. Documento base para una atención integral sociosanitaria

Con la persona como centro del sistema de la atención sociosanitaria y en una visión unificadora, se deberán establecer los mecanismos necesarios para que la coordinación de los recursos sea efectiva. Se habrán de establecer los órganos de coordinación que permitan determinar un plan de actuación común que clarifique qué recursos habrá de aportar el sector sanitario y cuáles el social para garantizar una atención integral de calidad.

- La Comisión Sociosanitaria habrá de ponerse en marcha como instrumento a través del cual se integran la atención sanitaria y la social, mediante la valoración, por dicho órgano, de los recursos temporales o permanentes adecuados a las necesidades de las personas, su asignación y seguimiento. Evidentemente, esta Comisión se integra por un equipo pluridisciplinar de profesionales de los sectores sanitario y social.
- El modo de “gestión del caso” constituye la herramienta a través de la cual se identifican los casos, se efectúa la valoración conjunta, planificación, asignación de recursos y su seguimiento. El equipo gestor del caso

es el protagonista evidente de la elaboración del plan correspondiente.

- Los profesionales de referencia para acometer esta compleja labor son los médicos, enfermeros y trabajadores sociales, cumpliendo un papel relevante, además de psicólogos, terapeutas ocupacionales o fisioterapeutas, entre otros, según las concretas necesidades de la persona.

3. Utilización de criterios homogéneos, en la autorización de centros y servicios sociosanitarios.

Los recursos utilizados para la atención sociosanitaria pueden ser públicos, privados o concertados, dirigidos a cubrir todas las necesidades sociosanitarias de la persona, bajo la filosofía de prestar la atención lo más cerca posible del entorno de la persona atendida. La organización de los cuidados debe estar basada, principalmente, en la adecuada coordinación de la oferta de prestaciones sociales y sanitarias, más que en la creación y configuración de eventuales estructuras funcionales específicas.

La atención se prestará en los centros y servicios debidamente autorizados para ello a través del procedimiento de evaluación de instalaciones y servicios ofertados, a la luz de la normativa vigente. Este marco dispositivo permite la realización de actividades sanitarias en organizaciones cuya principal actividad no es sanitaria, como es el caso de los centros y servicios de la asistencia social. La normativa vigente¹²⁷ contempla la figura de los llamados “servicios sanitarios integrados en una organización no sanitaria”.

Se propone esta figura al amparo de la citada normativa como marco administrativo y legal adecuado para dispensar los servicios y prestaciones sociosanitarias, con criterios homogéneos para cualquier centro, desde el momento en que un centro de atención social residencial o ambulatoria, legalmente establecido, acreditado y autorizado podría integrar e incorporar a sus prestaciones una determinada actividad o servicio sanitario, mediante la solicitud, con la descripción de su oferta prestacional, a la autoridad sanitaria de autorización de dispensar atención sanitaria como centro habilitado para ello.

Este procedimiento constituiría un sistema común y uniforme de autorización para la atención sociosanitaria, no suponiendo una modificación

127 Real Decreto 1277/2003, establece las bases generales de autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

o gestión diferenciada de los procedimientos de autorización actuales. Corresponde a la autoridad sanitaria territorialmente competente la función de examinar la petición y conceder o denegar la autorización.

4. Puesta en marcha de mecanismos compartidos de información.

El cometido imprescindible de los sistemas de información consiste en permitir el registro, seguimiento y evaluación de todo el proceso de atención, mostrándose como un eficaz instrumento a disposición de los profesionales. Estos sistemas deben permitir el acceso a la información en condiciones de igualdad en el conjunto del Estado, a través de las siguientes herramientas:

- Entrada única de cada paciente a los registros de atención y cuidados, fundamentalmente a través de un código de identificación único.
- Información sociosanitaria integrada, interoperable y accesible al conjunto de los agentes implicados en la atención del paciente.
- Productos de información disponibles para la planificación y evaluación de los cuidados requeridos en el marco de la atención sociosanitaria.

Los instrumentos imprescindibles que se precisan, en consecuencia, son los siguientes:

- Código de identificación sociosanitario.

Se propone la utilización del CIP TSI-AUTONÓMICO o código de identificación personal de la tarjeta sanitaria individual, que va asociado a otros códigos de identificación de la persona, como el Documento Nacional de Identidad o pasaporte y que, a su vez, se encuentra vinculado a un único CIP TSI-SNS (código de identificación único para cada individuo en el Sistema Nacional de Salud).

Este código referido al que se encuentra vinculada la información sanitaria de la persona se incorporará a los registros de los Servicios Sociales y se obtendrá el número único de identificación en ambos sectores. Pasará paulatinamente a sustituir en el espacio social al DNI, medio de localización ahora utilizado.

- Historia sociosanitaria integrada.

Un sistema de información compartido se muestra como una pieza imprescindible para una atención integradora y sería el núcleo a través del cual se instrumentarían elementos de soporte como los siguientes:

- Identificación de problemas de salud
- Instrumentos de valoración social
- Escalas e informes de valoración de la dependencia o de capacidad funcional
- Escalas generales de necesidades sanitarias y sociales
- Identificación de cuidados, servicios y atención que requiere el paciente
- Diseño de planes de intervención
- Informe de riesgos sociales
- Atención al cuidador
- Existencia del documento de instrucciones previas

En el Sistema Nacional de Salud existe un informe de gran importancia y utilidad llamado “Historia Clínica Resumida” que recoge los datos más importantes respecto de la situación sanitaria de un paciente. Uniendo esta información con la que tiene el sector social, podría componerse el documento “Historia Sociosanitaria Resumida” con el objetivo de posibilitar la interoperabilidad de los sistemas. El acceso estaría permitido al titular de la historia y a los profesionales autorizados, de ambos sistemas, en el marco de cumplimiento necesario de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales.

- Conjunto mínimo de datos sociosanitarios.

Los sistemas de clasificación de pacientes, que los estratifican en función de sus riesgos y/o consumo de recursos, se constituyen como instrumentos de planificación, asignación de recursos y de generación de un conjunto mínimo de datos sobre los usuarios.

Estos sistemas también son de aplicación en el terreno sociosanitario y son de gran utilidad para el desarrollo de protocolos de actuación, establecimiento de planes de cuidados, mejora de la calidad asistencial y elaboración de indicadores, así como para, precisamente, confeccionar el conjunto mínimo de datos sociosanitarios.

El aseguramiento de la dependencia

Cualquier aseguramiento pretende garantizar una situación de suficiencia económica al asegurado mediante el pago de las primas correspondientes al asegurador, para cuando sobrevenga una situación que el primero de ellos no podría soportar con sus propios medios. El ramo del automóvil, de los seguros de hogar o de los seguros de salud son ejemplos cotidianos de esta imprescindible figura jurídica.

En la sociedad actual, con patrones de envejecimiento y dependencia previsibles y constatables, es evidente la necesidad de asegurar futuras situaciones de dependencia en las que el asegurado no podría atender sus necesidades con sus propios medios.

MARCO NORMATIVO

1. Marco general

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, cuya entrada en vigor se produjo el 1 de enero de 2007, reconoce expresamente en su artículo 33 que *“los beneficiarios de las prestaciones de dependencia participarán en la financiación de las mismas, según el tipo y coste del servicio y su capacidad económica personal”* (copago).

Igualmente, la Disposición adicional 7.^a de la mencionada Ley prevé que *“con el fin de facilitar la cofinanciación por los beneficiarios de los servicios que se establecen en la presente Ley, se promoverá la regulación del tratamiento fiscal de los instrumentos privados de cobertura de la dependencia”*.

Por otra parte, en la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras se establece la definición del seguro de dependencia, aspecto que anteriormente no estaba contemplado en la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro, en su artículo 106 ter:

- 1. Por el seguro de dependencia el asegurador se obliga, dentro de los límites establecidos en este título y en el contrato, para el caso de que se produzca la situación de dependencia, al cumplimiento de la prestación convenida con la finalidad de atender, total o parcialmente, directa o indirectamente,*

las consecuencias perjudiciales para el asegurado que se deriven de dicha situación.

2. A los efectos de este artículo, se entiende por situación de dependencia la prevista en la normativa reguladora de la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

3. La prestación de asegurador podrá consistir en:

- a) Abonar al asegurado el capital o la renta convenida.*
- b) Reembolsar al asegurado los gastos derivados de la asistencia.*
- c) Garantizar al asegurado la prestación de los servicios de asistencia, debiendo el asegurador poner a disposición del asegurado dichos servicios y asumir directamente su coste.*

4. La oposición a la prórroga del contrato sólo podrá ser ejercida por el tomador.

2. Marco regulatorio

En virtud de la Disposición adicional segunda de la Ley 41/2007, de 7 de diciembre, se estableció, entre otros aspectos, el marco regulatorio de los seguros privados de dependencia.

De acuerdo con este precepto, la cobertura de la dependencia puede instrumentarse a través de un contrato de seguro suscrito con entidades aseguradoras, incluidas las mutualidades de previsión social, o bien a través de un plan de pensiones.

La cobertura de la dependencia realizada a través de un contrato de seguro obliga al asegurador, para el caso de que se produzca la situación de dependencia, conforme a lo dispuesto en la normativa reguladora de la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, y dentro de los términos establecidos en la ley y en el contrato, al cumplimiento de la prestación convenida con la finalidad de atender, total o parcialmente, directa o indirectamente, las consecuencias perjudiciales para el asegurado que se deriven de dicha situación.

El contrato de seguro de dependencia puede articularse tanto mediante pólizas individuales como colectivas (aunque como se mencionará más adelante, existe una restricción fiscal muy importante que desincentiva to-

talmente la contratación de pólizas colectivas), pudiendo ser instrumentadas por entidades aseguradoras de los ramos de vida y enfermedad.

3. Marco fiscal

La Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, cuya entrada en vigor se produjo el 1 de enero de 2007, vino a establecer determinados beneficios fiscales relacionados con la dependencia.

En particular, reconoció el mismo beneficio de diferimiento fiscal que resulta aplicable a otros sistemas de previsión social, tales como planes de pensiones, mutualidades de previsión social, planes de previsión asegurados y planes de previsión social empresarial, a los seguros privados que cubran exclusivamente el riesgo de dependencia severa o de gran dependencia conforme a lo dispuesto en la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

El beneficio fiscal consiste, básicamente, en la posibilidad que tiene el contribuyente de reducirse en la base imponible del IRPF hasta 8.000 euros anuales por las aportaciones que haya realizado en dicho ejercicio a los distintos sistemas de previsión social mencionados, incluidos seguros de dependencia. El límite es conjunto para todos ellos.

Además, para seguros colectivos de dependencia contratados por empresas para cubrir compromisos por pensiones, se establece un límite adicional de 5.000 euros anuales.

El contribuyente puede realizar aportaciones a seguros de dependencia a favor de familiares, no sujetas al Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones, pero tales aportaciones consumen su límite propio de aportación.

En el caso de que el contribuyente quedara dependiente, las prestaciones que recibiría de su seguro privado de dependencia tendrían la consideración de rendimientos del trabajo, tributando al marginal que corresponda (actualmente del 20 % al 47 %).

Para que resulte aplicable el anterior beneficio de diferimiento fiscal, los contratos de seguro de dependencia deben cumplir, además, los siguientes requisitos:

- El contribuyente debe ser el tomador, asegurado y beneficiario. No obstante, en caso de fallecimiento, pueden generar derecho a prestaciones en los términos establecidos en la Ley de Planes y Fondos de Pensiones.

- Tienen obligatoriamente que ofrecer una garantía de interés y utilizar técnicas actuariales.

A continuación se muestra la estadística del seguro de dependencia en el ejercicio 2014. Como se puede observar, la penetración de este tipo de seguro dentro del mercado asegurador español no es todo lo significativa que cabría esperar.

Modalidad	Asegurados		Provisiones			Primas (Enero-diciembre 2014)	
	Número	Crecimiento	Millones euros	Crecimiento interanual	Crecimiento enero	Millones euros	Crecimiento
Seguros de Dependencia	35.040	5,41 %	11,89	64,61 %	64,61 %	4,92	10,76 %

Fuente: UNESPA. Propuestas para el Libro Blanco de la Sanidad y lo Sociosanitario

Los seguros privados de dependencia presentan unas características muy similares, describiéndose, a continuación, las principales de los productos que se comercializan actualmente en España (seguros de dependencia de riesgo):

- Para que los contratantes de estos seguros puedan beneficiarse del marco fiscal a que se ha hecho referencia con anterioridad, todos los productos ofrecen como garantía principal la cobertura de la gran dependencia y la dependencia severa.
- Adicionalmente, en alguno de los productos se incluye una garantía complementaria que, en caso de fallecimiento del asegurado antes de los 75 años sin haber devenido dependiente, permite recuperar la totalidad de las primas pagadas hasta el día del fallecimiento.
- Otra garantía complementaria incluida en algunos productos consiste en un capital adicional para primeros gastos.
- La mayoría de los productos incluyen otra serie de garantías complementarias. Algunas son comunes y otras difieren de un producto a otro. Las más comunes son servicios de teleasistencia, de ayuda a domicilio y de orientación y asesoramiento telefónico.
- La práctica totalidad de los productos son seguros de vida entera, es decir, cubren los riesgos de gran dependencia y de dependencia severa a través de una cobertura vitalicia. En algunos casos, también es posible contratar un seguro temporal a 10 o 20 años, con posibilidad de renovación

- La prestación a recibir en caso de gran dependencia consiste, en la totalidad de los productos, en una renta vitalicia mensual. Dicha renta vitalicia mensual puede ser distinta en función de la modalidad contratada por el cliente. Lo más habitual es que los contratos prevean varias modalidades, en las que se ofrece la posibilidad de percibir una renta vitalicia mensual que puede ir desde los 300 euros a los 1.500 euros, aunque algún contrato prevé un máximo de 2.500 euros. En el supuesto de dependencia severa, la totalidad de los contratos prevén que se pagará el 50 % del importe de la renta a percibir por gran dependencia.
- La mayoría de productos ofrecen también al cliente la posibilidad de elegir entre que la renta vitalicia mensual sea constante, o bien que la misma se revalorice con una tasa del 2 % anual.
- La mayoría de los productos se puede contratar desde los 18 años hasta los 65/70 años, aunque en algunos productos se permite la contratación hasta los 75 años.
- El período de pago de las primas suele ser vitalicio, aunque algún producto permite la posibilidad de que las primas se paguen únicamente hasta una determinada edad (por ejemplo, 75 años). La prima, que en general se determina en función de la edad, el sexo del asegurado y de las garantías escogidas, suele ser nivelada (constante a lo largo de la vida del asegurado), mensual o anual (con posibilidad de fraccionamiento) y prepagable. Algún producto permite una aportación inicial extraordinaria.
- En la totalidad de los contratos se recoge la posibilidad de que las primas puedan ser revisadas o reajustadas al alza o a la baja por la entidad aseguradora, por desviación de la siniestralidad respecto a la prevista en la Base Técnica, pero sujeta dicha posibilidad con carácter general a determinados límites (en la mayoría de los casos estableciendo un límite máximo de reajuste en un determinado porcentaje de la prima original).
- La mayoría de los productos prevén plazos de carencia (período durante el cual no se genera derecho a prestación aun cuando ocurra el evento asegurado). Por ejemplo, 1 año en caso de dependencia funcional no accidental y 3 años en caso de dependencia psíquica no accidental, y sin período de carencia para accidentes, si bien algún producto no prevé períodos de carencia. Con carácter adicional a lo anteriormente expuesto, algunas entidades aseguradoras comercializan también seguros de vida

o de salud en los que se ofrece una garantía complementaria en caso de dependencia severa o de gran dependencia.

INCENTIVACIÓN DE LOS SEGUROS PRIVADOS DE DEPENDENCIA

La protección de la dependencia como derecho de los ciudadanos españoles debe poder complementarse adecuadamente mediante la contratación de Seguros Privados de Dependencia que gocen de un tratamiento fiscal realmente incentivador, ya que de lo que se trata, al igual que en el caso de las pensiones, es de que tanto el sector público como el privado contribuyan de manera conjunta en la promoción y desarrollo de la protección a las personas dependientes.

La generación de los instrumentos y productos necesarios que garanticen que el ciudadano que devenga dependiente va a disponer de suficientes recursos para hacer frente al "copago" es una tarea que puede y debe asumir el sector privado, y más concretamente, el sector asegurador.

La regulación fiscal del Seguro Privado de Dependencia que se recoge actualmente en la vigente Ley del IRPF se limita a otorgar al Seguro de Dependencia el mismo tratamiento fiscal que el aplicable al resto de sistemas de previsión social (planes de pensiones, mutualidades de previsión social, planes de previsión asegurados y planes de previsión social empresarial), esto es, una reducción en la base imponible, que es conjunta para todos estos instrumentos, excepto en el caso de los Seguros Colectivos de Dependencia, para los que recientemente se ha establecido a través de la Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del Sistema de Seguridad Social, un límite independiente de reducción en la base imponible de 5.000 euros anuales.

De cara al objetivo de conseguir una adecuada cobertura de la dependencia, debe incentivarse suficientemente a los ciudadanos a protegerse frente a una eventual situación de dependencia, dotando a los seguros de dependencia de un tratamiento fiscal que los diferencie, como instrumento, del resto de instrumentos de previsión social que cumplen una finalidad social distinta (complementar la pensión de jubilación).

SEGUROS DE DEPENDENCIA DE AHORRO

En la medida en que la dependencia es una contingencia específica, especial y complementaria, debe merecer un tratamiento fiscal independiente del resto de dichas contingencias. De modo similar a lo establecido recientemente en el ámbito de los Seguros Colectivos de Dependencia en la Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del Sistema de Seguridad Social, se debería establecer un límite máximo de reducción a la base imponible para las primas satisfechas a Seguros Individuales de Dependencia (5.000 euros anuales) independiente del límite conjunto aplicable al resto de los sistemas de previsión social.

SEGUROS DE DEPENDENCIA DE RIESGO

El tratamiento fiscal vigente de los Seguros Privados de Dependencia (esquema de "diferimiento" fiscal) no resulta en absoluto adecuado para los seguros de dependencia de riesgo, que son precisamente aquellos que garantizan el cobro de una prestación hasta el fallecimiento del dependiente (a diferencia de los esquemas de ahorro, donde puede que éste se acabe antes de que fallezca el dependiente). En estos seguros, por ejemplo, la entidad aseguradora garantiza la percepción de una renta vitalicia en caso de que el asegurado devenga dependiente a cambio del pago de una prima anual, nivelada o única, sin que en este caso sea necesario un proceso de acumulación de ahorro.

Es por ello por lo que, además de otorgarse a este instrumento el mismo tratamiento fiscal que al resto de instrumentos de previsión social en lo que se refiere a las aportaciones (reducción independiente en la base imponible en los términos expuestos en el apartado 1 anterior), debería establecerse, asimismo, la exención de las prestaciones derivadas de los seguros privados de dependencia (del mismo modo que las prestaciones públicas de dependencia están exentas), siempre que tales prestaciones se perciban en forma de rentas vitalicias aseguradas, y hasta el límite del copago de acuerdo con lo que establezca la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Propuestas generales

Este apartado, necesariamente breve, muestra las ideas sobre las que se han sustentado el criterio y la exposición del contenido general del presente *Libro blanco*. No se trata de un resumen temático, cometido que cumple el apartado de Resumen Ejecutivo, en una estructura organizada de contenidos, sino de mostrar los soportes conceptuales generales de esta obra. Un análisis de los distintos sectores se encuentra detallado en los distintos epígrafes del apartado 3, cuerpo central y principal de la obra, sin perjuicio de las propuestas, que se incluyen seguidamente.

Debemos destacar que las propuestas contenidas en este apartado tienen carácter general, sobre el conjunto de las empresas privadas que actúan en el marco sanitario y sociosanitario, pues las propuestas de carácter concreto y específico para cada sector se detallan en el siguiente apartado de adenda.

Consideraciones previas

EL SECTOR PÚBLICO Y SU DIFÍCIL SITUACIÓN

- A. La Salud es un valor esencial en la sociedad, base del bienestar de los ciudadanos, del progreso científico y técnico, del crecimiento económico y de la mejora de la productividad del país.
- B. En el escenario sanitario público asistimos al hecho del incremento continuo y sostenido de la utilización del servicio sanitario propiciado por el envejecimiento poblacional y la cronicidad de las enfermedades, resultando necesaria una mayor inversión de los recursos públicos. Ante estas necesidades crecientes de inversión del sector sanitario público, la

innovación tecnológica y farmacológica, las políticas de envejecimiento activo, la orientación del modelo hacia la cronicidad y la exploración de fórmulas colaborativas entre el sector público y el privado son las vías de garantía de su sostenibilidad para mantener y mejorar la calidad asistencial. Es necesaria por tanto la adopción de medidas estructurales en los terrenos político (prioridades), financiero (en sintonía con Europa), organizativo y normativo.

- C. Ante unas necesidades crecientes del sector sanitario público, se cuenta con una financiación en reducción progresiva para su viabilidad. La desviación entre gasto presupuestado e inversión realizada en el espacio público, es una constante en nuestro Sistema Nacional de Salud, lo que ocasiona una dificultad progresiva y creciente de atender las necesidades sanitarias.
- D. La insuficiencia económica de lo público produce efectos no sólo hacia los usuarios y pacientes, sino también hacia los fabricantes, proveedores y distribuidores de bienes y prestadores de servicios privados dirigidos al sector público, poniendo en peligro simultáneo la calidad asistencial pública y la sostenibilidad de los agentes privados.
- E. La disparidad de las políticas autonómicas en materia de sanidad hacen obligada la labor de garante de la cohesión por parte del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad asegurando la equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias de los ciudadanos con independencia de su lugar de residencia.

LA SANIDAD PRIVADA. VALOR ACTUAL

- A. Los servicios públicos y privados de atención a la Salud son el soporte de un vigoroso, competitivo e innovador sector industrial y de servicios avanzados, que emplea en España a 1,3 millones de personas.
- B. Los sectores privados que desarrollan su actividad en la sanidad son socios y aliados estratégicos perfectamente coordinados con las estructuras y servicios públicos constituyendo ambos el sistema sanitario español.
- C. La visión del Sistema Sanitario bajo el prisma de lo público, exclusivamente, es una visión superada, simplista y desacertada. Junto a los dispositivos públicos debemos considerar a la sanidad privada, en una función complementaria y de aliado estratégico ineludible.

- D. La importancia del sector sanitario privado es incuestionable, siendo responsable, en 2015, del 3,38 % del PIB español y del empleo de 236.567 profesionales. La tecnología sanitaria, antes patrimonio casi exclusivo del sector público, vive hoy una realidad muy diferente, constituyendo un soporte básico de la medicina privada.
- E. Los seguros privados de salud, en su modalidad de asistencia sanitaria (ramo de crecimiento mayoritario del sector) conocen un incremento continuado e imparable, alcanzando en la actualidad un volumen de contratación superior a los 7.000 millones de euros en primas.
- F. En España, los seguros privados se contratan normalmente con una función duplicativa con la asistencia pública, si bien en algunos casos cumplen función sustitutoria, como es el caso de las mutualidades de funcionarios, o complementaria, como en el caso de las pólizas dentales, por ejemplo.
- G. En número de centros de hospitalización, que no en número de camas, el sector privado supera al sector público, manteniendo abiertos, además, miles de establecimientos en cuya asistencia no se contempla el ingreso del paciente.
- H. La aceptación de los proveedores privados de servicios sanitarios es muy alta, pues el 81 % de sus usuarios lo califican por encima del notable.
- I. Los niveles actuales de accesibilidad a la sanidad privada son muy elevados y su capacidad de resolución, destacable. Los tiempos de espera disminuyen progresivamente y se constata la seguridad y calidad de la atención de los pacientes. Todos estos extremos se verifican por empresas evaluadores de reconocimiento internacional.
- J. La cuota de participación en España de la inversión privada, de la asistencia sanitaria es de las más elevadas de Europa, concretamente representa hoy casi el 28,3 % del total, en un crecimiento sostenido durante los últimos años, desde poco más del 2 % del año 2000, y que se ha mantenido durante los años de crisis económica, en coexistencia con una fuerte desinversión pública en el sector.
- K. La inversión en los conciertos de la sanidad pública con la privada significa el 12 % del presupuesto del sector sanitario público, lo que supone cerca del 0,8 % del PIB.
- L. Un Sistema Nacional de Salud que ha sido casi exclusivo responsable de la protección de la salud de todos los españoles, en un escenario únicamente

- público, hace tiempo que, de haber seguido esta trayectoria, se hubiera visto incapaz de afrontar las exigencias económicas de su subsistencia.
- M. La acción positiva del sistema de provisión privada de salud se produce no sólo en sus asegurados, sino en el conjunto del Sistema Sanitario, generando efectos beneficiosos en el sector público a través, fundamentalmente del efecto de descarga y ahorro que le supone.
- N. La superación del modelo de provisión exclusivamente (o casi exclusivamente) pública de los servicios de salud, implica situar a los proveedores privados en una posición de complementariedad, con beneficios organizativos y financieros para el Sistema Público.
- O. El actual modelo de Oficina de Farmacia, dada su capilaridad y cercanía garantiza la accesibilidad a los medicamentos y productos sanitarios, en condiciones de profesionalidad, seguridad y calidad, las 24 horas al día y los 365 días al año.

SANIDAD PÚBLICA Y PRIVADA. FINANCIACIÓN

- A. El déficit presupuestario sanitario es crónico y las deudas con proveedores y prestadores de servicios siguen creciendo. Resulta necesario que los presupuestos sanitarios de las distintas Administraciones Públicas sean realistas y suficientes para hacer frente a esta situación. Además, deben tener carácter finalista, lo que hará que redunden en el propio sistema, tanto las aportaciones realizadas por los agentes de la cadena del medicamento –hasta que no se eliminen éstas- como los ahorros conseguidos por las medidas de control del gasto o mejora de la eficiencia de la gestión establecidas. Se necesita crear un marco estable y predecible para el desarrollo de las inversiones del sector empresarial.
- B. Otro de los problemas del sector, especialmente del industrial, el tecnológico y la Oficina de Farmacia, es la alta morosidad en el pago por parte de las Administraciones que hace, de hecho, que los proveedores y prestadores de bienes y servicios estén sosteniendo económicamente el Sistema.
- C. Resulta precisa la transparencia de las Comunidades Autónomas en el reconocimiento de la deuda con los proveedores y prestadores de servicios sanitarios, así como un Plan de amortización de la misma, de manera que el sector tenga garantía de cobro.

- D. Los sucesivos ajustes presupuestarios que se vienen dando desde el año 2000, y especialmente desde 2010, sobre la cadena de los medicamentos y productos sanitarios, y que están afectando a todos los sectores empresariales involucrados, se han llevado a cabo teniendo en cuenta, únicamente, su impacto presupuestario, pero no su influencia en los sectores afectados. Por ello, toda modificación debería hacerse teniendo en cuenta su incidencia tanto en los presupuestos como en los sectores, debiendo revisarse la normativa que ha provocado esta situación y que están poniendo en peligro la supervivencia de las empresas nacionales de los sectores industriales, tecnológicos, de distribución y de dispensación de medicamentos y productos sanitarios.
- E. Es importante, de cara a la futura sostenibilidad del Sistema, analizar y avanzar racionalmente en las posibilidades de actualizar y revisar las actuales fórmulas de aportación económica por parte de los usuarios.

SANIDAD PÚBLICA Y PRIVADA. GESTIÓN

- A. Para el sostenimiento del Sistema, resulta imprescindible la apuesta firme por las fórmulas de colaboración público-privada de una manera real, efectiva y estable, basada en criterios de equidad y calidad, que complementen la oferta de servicios públicos. Las experiencias actuales llevadas a cabo son claramente positivas (conciertos, concesiones administrativas que incluyen la gestión de servicios, el mutualismo administrativo), debiendo impulsarse medidas de incentivación del aseguramiento privado, como desgravaciones fiscales de las primas. Asimismo se debe garantizar la especificidad de la asistencia sanitaria privada derivada de las contingencias profesionales prestadas por las Mutuas. Ambas medidas ayudarían a descargar el Sistema Sanitario público y reducirían las tasas de absentismo.

SANIDAD PÚBLICA Y PRIVADA. GOBERNANZA

- A. Existe una clara desigualdad y muchas diferencias en las distintas normativas y políticas autonómicas que hacen que las empresas tengan que dedicar grandes esfuerzos a cumplir con las distintas disposiciones en función del territorio de que se trate, incluso llegando a oponerse o

recurrir determinadas normativas. Existe una clara ruptura de la unidad de las prestaciones sanitarias y de inequidades en el acceso a la atención sanitaria y a la prestación farmacéutica. Es más necesaria que nunca que exista una verdadera cohesión y coordinación de las distintas Administraciones, liderada por la Administración Central. Todas estas cuestiones exigen un debate global sobre la sostenibilidad del Sistema Sanitario y las políticas de gasto que impulsen programas de cohesión social y territorial, que aúnen esfuerzos, más allá de debates políticos, para lograr la supervivencia del modelo sanitario.

MAYOR EDAD Y CRONICIDAD. REALIDAD EN ESPAÑA.

- A. Se configuran tres sectores clave de atención a las personas en nuestro país: las prestaciones de seguridad social, la atención sanitaria a usuarios y pacientes y los servicios sociales y la tercera edad.
- B. En la evolución del modelo sustentado por estos tres pilares se han ido configurando como población objeto de la atención pública los siguientes colectivos: a) Enfermos crónicos, b) Personas afectas de grandes discapacidades, c) Enfermos geriátricos, d) Enfermos terminales y e) Dependientes funcionales.
- C. En España, hay en torno a 3,7 millones de personas discapacitadas, en su mayoría mujeres, de los cuales son dependientes casi la tercera parte, y lo más preocupante es que este número se incrementa en un 2 % cada año.
- D. El progresivo envejecimiento poblacional conlleva, ineludiblemente, un incremento en el número de enfermos crónicos y, por ende, del gasto total. Factores conexos como el envejecimiento y una situación de discapacidad previa, aumentan el riesgo de encontrarse las personas en situación de dependencia.
- E. Las políticas de envejecimiento activo son primordiales para la mejora de la calidad de vida de la población. A este respecto, el sector Balnearios realiza un papel fundamental, como se viene demostrando con el programa de Termalismo del IMSERSO, con el que además de mejorar la salud de los usuarios de este programa, se ha podido constatar el ahorro farmacéutico obtenido, tanto por la mejora de enfermos crónicos de determinadas dolencias como por la prevención de ciertas enfermedades.

- F. Hay un hecho contrastado y es que la mayor parte del consumo de los recursos sanitarios de una población lo hacen los enfermos crónicos y que este mayor consumo se incrementa en los últimos años de la vida de una persona, al asociarse mayor edad con patologías crónicas propias de esta circunstancia biológica.
- G. Si nos centramos en el consumo de recursos de las personas mayores de 65 años, pacientes crónicos, podemos afirmar que la tasa de frecuentación hospitalaria de este grupo duplica la de la población general y su promedio de estancia hospitalaria supera en 2 días la del conjunto de la población atendida.
- H. El residente medio en los establecimientos sociosanitarios está afectado de pluripatología, se encuentra polimedcado, padece malnutrición, es incontinente, está en situación de dependencia, teniendo alteradas sus funciones cognitivas y padece o está en riesgo de padecer úlceras por presión. La mayoría, por otra parte, tiene un pronóstico de vida limitado, incluso en el momento del ingreso.
- I. Conviene recordar que el Sistema Sanitario español está orientado a la atención de enfermos agudos y que la evolución demográfica y de morbilidad poblacional suponen un giro de atención a la cronicidad. A medida que la orientación de la sanidad mire hacia lo crónico, se estará acercando progresivamente al terreno social. Culminará su evolución en la atención sociosanitaria.

LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA

- A. Su objetivo es poner en marcha dispositivos y atenciones que permitan a personas en situación de especial vulnerabilidad, por la edad solamente, o por la edad y un estado precario de salud, conjuntamente, el ejercicio de sus derechos como ciudadanos y el acceso a prestaciones y bienes sanitarios y sociales.
- B. Desde el punto de vista organizativo hay dos opciones básicas para prestar esta atención: Coordinación sociosanitaria y Red de atención sociosanitaria. El primero de estos sistemas es un conjunto de acciones encaminadas a ordenar y armonizar los sistemas sanitario y social para ofrecer una respuesta integral a las necesidades de atención sociosanitaria. El segundo es un conjunto de recursos destinados de forma específica

- a la atención sociosanitaria. Modelo de dos sistemas coordinados o de uno sólo creado al efecto.
- C. En nuestro país, las preferencias se decantan por la Coordinación sociosanitaria. Así se pronuncian el *Libro Blanco de la Dependencia*, la Ley de Cohesión y Calidad del SNS y la Ley de la de Autonomía Personal y Dependencia. Esta es la opción legal en España y es el criterio general de los expertos.
- D. La atención sociosanitaria incide sobre personas en situación de dependencia como las personas mayores, enfermos crónicos o personas discapacitadas. Los objetivos que persigue son paliar sus padecimientos, fomentar su autonomía y potenciar su adaptación social. Esta atención ha estado tradicionalmente fuera de la Seguridad Social, quedando reservada a las familias y sólo en modelos sociales avanzados tiene cobertura pública y privada en forma coordinada.
- E. El contenido de la prestación de atención sociosanitaria así definida, debía llevarse a cabo, al igual que el resto de las prestaciones que integren el catálogo del Sistema Nacional de Salud, a través de una normativa estatal que fijase la cartera de servicios correspondientes a cada prestación, entre ellas la sociosanitaria. Esta oportunidad normativa se ha perdido en dos ocasiones.
- F. Los diferentes modelos de cuidados se diferencian hoy en razón a los distintos recursos que comprometen y las prestaciones que dispensan: Centros residenciales, Hospitales de media estancia, Hospitales de día, Sistemas de teleasistencia o Medios de ayuda a domicilio. Nos encontramos en momentos de tránsito del modelo de atención actual, basado en recursos, al modelo avanzado de atención según necesidades de los ciudadanos.
- G. El protagonismo del sector privado, en este tipo de atenciones, se ha consolidado, tanto en la titularidad de los centros y recursos como en la financiación y en la gestión. Actualmente, 3 de cada 4 plazas del sector residencial se gestionan por entidades privadas, que reciben para su sostenimiento la financiación de forma exclusiva por los residentes (o sus familias) o de estos, por una parte y de aportaciones públicas, por otra, en régimen de concierto.
- H. El modelo de atención combinada sociosanitaria supone un formato evolucionado sobre la tradicional atención sanitaria y la social en terrenos

- separados, aportando múltiples beneficios: mejora la atención por la alta calidad de respuesta, racionaliza el uso de los recursos (libera recursos hospitalarios), supone una significativa reducción de las recaídas y de los reingresos, y mejora la calidad de vida de los enfermos crónicos y dependientes.
- I. Un paso previo a la dispensación de la atención es, necesariamente, definir el nivel de aquella que corresponde a cada persona, a través de equipos de evaluación y soporte que dispongan de herramientas de valoración adecuadas para determinar a quién se ha de prestar la atención, con qué medios, cuándo y dónde.
 - J. La necesidad de adoptar medidas para fomentar la coordinación entre la atención sanitaria y los servicios sociales lleva encima de la mesa de las administraciones españolas desde hace más de veinte años. El hecho es que la integración de los modelos sanitario y social, efectuada en algunos espacios territoriales, se ha implantado más en el aspecto organizativo institucional que en el de las realidades prácticas.
 - K. Deviene imprescindible priorizar la inversión en salud pública y atención sociosanitaria, en coherencia con el cambio epidemiológico experimentado por las sociedades desarrolladas que caminan inexorablemente hacia una hegemonía de los problemas crónicos de salud y una mayor tasa de dependencia.
 - L. Una de las herramientas ineludibles para la integración y utilidad del modelo sociosanitario es la fusión de la información de ambos sistemas, que posibilite un adecuado conocimiento de la situación del ciudadano y facilite la toma de decisiones.
 - M. Una debida articulación de la atención sociosanitaria requiere de una reorganización del conjunto de los niveles asistenciales, teniendo en cuenta los perfiles de los pacientes, la estructura poblacional y los costes asociados a la atención.
 - N. Conviene dotar de una mayor capacidad resolutive, en lo sanitario, a los centros residenciales para mayores, a través de unidades sociosanitarias de referencia, avaladas por el Sistema Sanitario.
 - O. Es imprescindible un estudio de las infraestructuras sanitarias y sociales existentes, públicas y privadas, en una orientación a trabajar en red, respondiendo a criterios de continuidad y calidad asistencial.
 - P. Una vía de futuro, para la tranquilidad de determinadas personas, podría

ser la de constituir figuras jurídicas aseguradoras de la dependencia, con sustantividad propia y diferenciada de los seguros de salud o de los planes de pensiones.

- Q. Este tipo de seguro no encuentra en España arraigo en las preferencias de la sociedad, pero es que la regulación de estas figuras tampoco cuenta con acierto en las disposiciones legales, cuestión esta última que es una llamada de atención a los poderes públicos.
- R. Al ciudadano medio le cuesta detraer de sus ingresos una cantidad para cubrir riesgos asegurados. La situación actual de dificultades financieras y la escasa cultura social en el sentido antedicho, en nuestro país, son terreno propicio para un nivel aseguratorio más bajo que el de otros países de nuestro entorno. Corresponde a los poderes públicos poner incentivos, concienciar, hacer atractiva, en definitiva, la contratación de seguros, sobre todo en terrenos de tanta evidencia de necesidad futura como es el de la dependencia.

Propuestas generales

Este apartado, en conexión necesaria con las Consideraciones que le preceden, recoge el contenido consecuencial del *Libro*. Hemos ido viendo, a lo largo del presente trabajo, qué recursos tenemos, cómo los estamos utilizando y cuál es la situación que vivimos. Tras la valoración, reflexión y análisis de todo ello, procede plantear qué se quiere y qué beneficios se persigue con ello. Con esas mismas materias y orden se recogen, más adelante, agrupadas en contenidos temáticos.

SANIDAD

- Despolitización de la sanidad, para evitar la toma de decisiones por motivos políticos o electorales, sin tener en cuenta las necesidades reales autonómicas ni su influencia en el conjunto del Estado: Pacto por la Sanidad.
- Las organizaciones empresariales apoyamos un Sistema Sanitario Público, universal y equitativo, de financiación pública y cuya planificación, control y evaluación sean competencia de las administraciones públicas.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) es un sistema eficaz en la gestión asistencial y muy valorado, con un alto grado de profesionalidad y una excelente tecnología innovadora.

- Promover la cohesión y la equidad del sistema a través de medidas sanitarias y de política farmacéutica adoptadas por las Comunidades Autónomas que sean conformes a la normativa estatal y comunitaria/europea vigente, y que no impliquen desigualdades interterritoriales ni amenazas a la unidad de mercado y a la suficiencia y sostenibilidad del SNS. Mayor seguridad jurídica para operadores/proveedores/prestadores de servicios. Mayor coordinación del MSSSI y del Consejo Interterritorial. Desarrollo de las Estrategias de Salud.
- Necesidad de revisión de los Presupuestos y de la Inversión sanitaria, evitando la morosidad e impagos de las administraciones con las empresas proveedoras y prestadoras de servicios dentro del SNS.
- Apuesta decidida por las fórmulas de colaboración público-privada: El sector sanitario privado en España es reconocido nacional e internacionalmente por su alta calidad y eficiencia que coexiste, complementa y colabora con el sistema público. La interacción entre ambos ámbitos es deseable y necesaria para la sostenibilidad del Sistema Sanitario público a través de las distintas fórmulas de colaboración público-privada (conciertos, convenios, encomiendas de gestión, mutualismo), que han permitido demostrar la alta capacidad de los gestores privados, basada en criterios de eficacia y eficiencia a través de una gestión de calidad más racional de los recursos existentes con una alta satisfacción de los pacientes. Los modelos de colaboración público-privada no significan una “privatización” de la sanidad ni disminuyen los derechos de los ciudadanos, ya que la titularidad de los centros hospitalarios sigue siendo de titularidad pública. Es preciso poner en valor del sector empresarial como activo importante, generador de empleo y de riqueza. Para ello, son necesarios unos marcos de actuaciones estables y flexibles.
- Puesta en valor del medicamento, de la tecnología sanitaria y de la prestación farmacéutica. Considerar al medicamento como instrumento de bienestar social, además de preventivo de la salud.

En cuanto a la Oficina de Farmacia, es necesario garantizar el margen operativo real para asegurar la sostenibilidad de la misma. La demostrada

eficiencia y eficacia del actual modelo de Oficina de Farmacia hace necesario mantenerlo para una mayor garantía del paciente, ya que asegura la capilaridad de la red y el acceso de medicamentos a toda la ciudadanía.

Asimismo, este sector puede asumir mayores atribuciones en materia de Salud Pública (prevención de enfermedades, cribajes, campañas informativas, vacunación, etc.); en materia de atención farmacéutica (seguimiento tanto de los pacientes y como de su medicación, de los propios medicamentos y su uso -duplicidades, interacciones, efectos adversos, contraindicaciones-, control de botiquines, SPD, polimedicados, etc.); y en el entorno sociosanitario (atención farmacéutica domiciliaria, teleasistencia, integración funcional de la Oficina de Farmacia en Atención Primaria, detección nuevas circunstancias en la autonomía personal de los pacientes, de enfermedades ocultas, etc.)¹²⁸

- Aprovechar las oportunidades que ofrece la tecnología sanitaria como impulsora de la transformación del sistema sanitario. Ésta debe ir más allá de la finalización de los procesos de Historia Clínica Digital y de receta electrónica, resultando clave para dar continuidad a los procesos asistenciales, integrando el sector sanitario y social así como el público y privado en todas las CC. AA.
- Finalización del proceso de transformación digital del Sistema Sanitario tanto a nivel nacional como europeo, con la necesaria interoperabilidad entre las CC. AA., destacando la implantación de la e-salud (interconexión de centros, historia clínica electrónica, prescripción y receta electrónica, seguimiento remoto de pacientes crónicos o dependientes, gestión de laboratorios).
- Promover que las decisiones de uso y financiación de recursos en el SNS se fundamenten en el valor añadido terapéutico de los medicamentos y en el potencial valor diagnóstico y/o organizativo inherente a los productos sanitarios.
- Garantizar el acceso de los pacientes a las mejores y más eficaces tecnologías sanitarias disponibles en el tiempo más corto posible y en condiciones de igualdad en todo el territorio nacional. El procedimiento de revisión y evaluación de las nuevas tecnologías para su incorporación al

128 Tal y como expresamente se reconoce, entre otros, en el Informe del Consejo Asesor de Sanidad Sobre Coordinación y Atención Sociosanitaria 2013.

SNS debe ser ágil y transparente teniendo en cuenta todos los estudios disponibles y experiencias del uso de estas tecnologías en otros países.

- Importancia de incluir iniciativas de transparencia sobre resultados en salud, tanto a nivel del SNS como de centros sanitarios e instituciones individuales. Esta es una demanda de la población que en la actualidad desconoce y, de hecho, no tiene dónde encontrar qué nivel de calidad puede esperar cuando acude a tratarse en cualquier centro del SNS.
- Cartera básica de servicios definida por el MSSSI, con los siguientes objetivos:
 - Aumentar la cohesión del Sistema Nacional de Salud.
 - Mejorar la equidad en el acceso a las prestaciones de la cartera de servicios común y garantizar la igualdad de derechos sanitarios en todas la Comunidades Autónomas.
 - Promover la integración asistencial entre primaria y especializada.
 - Conseguir la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.
 - Converger con Europa en la regulación de los derechos de asistencia sanitaria.
 - Promover el desarrollo de los profesionales.
 - Avanzar en la superación de las Incompatibilidades del profesional sanitario.
 - Modelos de Contratación centrados en la valoración de la calidad asistencial con una visión desde el punto de vista de la inversión de medio y largo plazo para favorecer la máxima eficiencia del sistema sanitario. Se deben explorar fórmulas y proceso de contratación que potencien la incorporación de la innovación, como la Compra pública innovadora o Asociación para la innovación).
 - Apoyo y Desarrollo del Turismo de Salud.
 - Apoyo a la internacionalización del sector salud.
- Avanzar en la superación de las incompatibilidades del profesional sanitario.

COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

- Integración socio sanitaria, abordando la cronicidad como reto principal del sistema sanitario diseñado y estructurado para pacientes agudos, que actualmente debe proveer asistencia sanitaria a una población cada

vez más envejecida y con un número creciente de pacientes crónicos/pluripatológicos y complejos. Por ello, se deben articular medidas y recursos que permitan abordar esta necesidad de manera eficaz y eficiente, introduciendo las reformas necesarias respecto a los métodos conocidos de provisión de salud. Asimismo, se debe insistir en el papel que las nuevas tecnologías pueden jugar en el manejo de estos pacientes con el consiguiente retorno en menor frecuentación hospitalaria y uso de recursos innecesarios. Igualmente, conviene impulsar un mayor desarrollo e incentivo del aseguramiento privado.

- Envejecimiento activo. Las políticas de envejecimiento activo son necesarias para la mejora de la calidad de vida de la población. En este punto, el sector balneario realiza un papel fundamental con la mejora y/o prevención de determinadas dolencias, debiendo perseguirse los siguientes objetivos:
 - Mantenimiento del Programa de Termalismo Social del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
 - Coordinación con los servicios de salud para la inclusión de los tratamientos balnearios en el catálogo de prestaciones de la Seguridad Social.
 - Converger con Europa en la regulación de los derechos de asistencia sanitaria transfronteriza de los servicios de termalismo.

ASUNTOS SOCIALES/DEPENDENCIA

- Sistema de Dependencia: revisión de la implantación del Sistema mediante el Diálogo Social.
 - Necesaria revisión de la financiación de la dependencia: financiación insuficiente y falta de información real de gasto.
 - Cohesión y Equidad: unificación de indicadores y ratios entre CC. AA., así como criterios de inspección.
 - Necesidad de requisitos comunes de Acreditación de centros sociosanitarios en cumplimiento de la Ley de Garantía de la Unidad de Mercado.
 - Profesionalización de la ayuda a domicilio.
 - Revisión y finalización de los sistemas de valoración y Baremo.

- Revisión y actualización de la Cartera de servicios: financiación real del coste de los servicios.
- Fiscalidad: Equiparación del tipo de IVA aplicable a los servicios, sin diferenciación del titular del mismo.
- Mejora y mayor estabilidad de los Procedimientos de Contratación pública.
- Incentivo del seguro privado.

Adenda. Propuestas sectoriales

Las posiciones, medios, acciones y necesidades de los distintos sectores son variadísimas y por ello las propuestas a emitir, también lo son. De forma adicional a las propuestas generales, incluidas en el apartado anterior, se hace a continuación una exposición de las propuestas concretas por sector.

A. Industria farmacéutica

1. Reconocer la sanidad y el sector farmacéutico como verdaderos motores de desarrollo económico y social. Es un sector de alta tecnología, líder absoluto y relativo en I+D (alrededor del 20 % de toda la industria), exportador (en torno a 11.000 millones de euros anuales, lo que supone el 21 % de todas las exportaciones españolas de productos de alta tecnología) e internacionalizado, con talento y empleo de alta cualificación (la industria farmacéutica emplea hoy en España al 50 % de los ocupados en sectores de alta tecnología). En definitiva, motor para el desarrollo de las economías modernas y modelo del nuevo sistema productivo que necesita el país. El sector que todo país quisiera tener fuertemente implantado en su territorio.
2. Considerar el hecho de que más de un tercio de las inversiones del sector farmacéutico en I+D se realizan en colaboración con centros públicos y contribuye de forma destacada a la capacitación clínica de los profesionales sanitarios.
3. Poner en valor el sector farmacéutico como un sector comprometido con la salud y con el SNS, su sostenibilidad y calidad asistencial, con el progreso económico del país, y en general, con la sociedad. Un sector

que, además, ha demostrado ser un fiel aliado de las administraciones públicas. En definitiva, la industria farmacéutica es un socio estratégico del SNS.

4. Potenciar la inversión global en sanidad: España no puede seguir reduciendo su peso en sanidad pública en términos de porcentaje sobre el PIB, como ha venido produciéndose en estos últimos años. Por el contrario, ha de pensarse en su crecimiento futuro, de forma controlada pero por encima del PIB en el medio plazo, al menos recuperando en 2020 el 6,5 % de 2009.
5. Reformar la financiación autonómica: adicionalmente a lo anterior, hay que reformar el sistema de financiación autonómica, incluyendo salvaguardas específicas para que en sanidad se garanticen estándares comunes y suficientes para mantener un nivel de calidad similar en todas las CC. AA. No es admisible que existan diferencias de casi el 60 % en el presupuesto de gasto sanitario entre la comunidad. Hacer compatible el crecimiento del gasto farmacéutico público con el crecimiento del conjunto de la economía y preservar un SNS que asegure a los pacientes el acceso a los mejores, más eficaces e innovadores fármacos disponibles de forma equitativa en todo el territorio nacional.
6. Considerar el medicamento como inversión: es un error poner el acento de la contención del gasto en las innovaciones; el medicamento debe considerarse como una inversión y no como un gasto, estableciendo mecanismos adecuados para su adopción y financiación. En el ámbito del medicamento es fundamental tener en cuenta los ahorros que van a generar a medio y largo plazo, que son muy superiores a sus costes e implican mejoras radicales en términos de esperanza y calidad de vida. Además, es fundamental tener en cuenta los ahorros que la innovación genera, tanto farmacológicos y como no farmacológicos. Garantizar el acceso de los pacientes a los tratamientos farmacológicos más novedosos y más adecuados a la necesidad de cada paciente, en una época en la que los avances científicos en biomedicina son muy relevantes y están traducándose en mejoras muy significativas de la terapia medicamentosa.
7. Garantizar la unidad del mercado y la cohesión del SNS. Deben eliminarse fórmulas de contención del gasto en prestación farmacéutica basadas en retrasos en la aprobación de nuevos medicamentos o en introducción de barreras de acceso de los nuevos medicamentos, sobre todo en algunas

CC. AA., acabando con las desigualdades autonómicas existentes tanto en el ámbito hospitalario como ambulatorio. No es aceptable que el acceso a los medicamentos dependa de la CC. AA. de residencia del paciente o incluso del hospital en el que es atendido. Responder a las expectativas de salud de la sociedad y, junto con los decisores sanitarios, plantear fórmulas de financiación creativa, basadas en el acuerdo entre las partes, que permitan el acceso de los pacientes a los mejores tratamientos. Así, mecanismos de riesgo compartido, pago por resultados, techos de gasto, acuerdos precio/volumen, descuentos por tramos de gasto, etc. son opciones que coyunturalmente y previo diálogo y consenso con el sector pueden permitir un acceso rápido y equitativo de los pacientes a las innovaciones.

8. Promover un nuevo modelo económico y productivo para el país: la crisis ha hecho que la política industrial y de I+D+i pierda prioridad en la agenda de la política económica española. España necesita cambiar su modelo productivo, invirtiendo de forma constante y creciente en I+D y en sectores de alta tecnología y futuro, como es el biomédico.

B. Distribución farmacéutica

1. Debe imponerse un mayor control a la efectiva comercialización y abastecimiento a las farmacias y distribuidores por parte de laboratorios cuyas especialidades tengan el precio más bajo, para que puedan ser efectivamente dispensadas.
2. Hay que establecer un umbral de precio mínimo o un margen mínimo para la distribución para evitar que los costes logísticos por distribuir medicamentos excesivamente baratos anulen totalmente el margen legalmente establecido, incurriendo en una pérdida inasumible cada vez que se suministra una de estas presentaciones.
3. Conviene articular alguna forma de compensación a distribuidores o la posible devolución de aquellos medicamentos que dejan de ser dispensados por aplicación del sistema de precios menores.
4. Habría de considerarse que las actividades que deben utilizar constantemente el transporte para distribuir productos de primera necesidad, como los medicamentos, deberían tener una reducción en los impuestos sobre hidrocarburos.

5. Debería estudiarse la posibilidad de incentivar la innovación y el acceso a la financiación en la implantación de tecnologías que faciliten la logística inherente a la distribución de productos farmacéuticos.
6. Los diferentes responsables en la gestión de los recursos públicos vinculados a la sanidad deben valorar la demostrada eficiencia de las empresas del sector de distribución farmacéutica. Hay enormes posibilidades en sectores diversificados como la logística hospitalaria, la logística de las compras centralizadas o campañas de salud pública, por ejemplo.

C. Oficinas de farmacia

1. Extender las actuaciones de uso racional del medicamento a pacientes y personas cuidadoras y desarrollar estrategias que potencien la toma de decisiones compartida y la autogestión de la medicación.
2. Garantizar la revisión sistemática de la medicación, mediante el acceso a la historia clínica o sociosanitaria integrada, con el fin de prevenir y detectar problemas relacionados con medicamentos, así como la mejora de la adherencia a los tratamientos.
3. Integración funcional de la Oficina de Farmacia como establecimientos sanitarios privados en la Atención Primaria, potenciando su capacidad y funciones como el profesional sanitario más cercano y accesible para el paciente.
4. Incentivar la comunicación de los profesionales de la Oficina de Farmacia con los equipos de Atención Primaria, la Farmacia Hospitalaria y con los profesionales de las residencias de personas mayores, para la conciliación y resolución de incidencias relacionadas con la medicación, definiendo canales o vías rápidas de comunicación permanente.
5. Facilitar el acceso de los profesionales de la Oficina de Farmacia a la información necesaria para el desarrollo de sus funciones como responsables de la dispensación de los medicamentos a los ciudadanos (a través de la historia clínica o la llamada historia sociosanitaria integral), y su cooperación en el seguimiento del tratamiento a través de los procedimientos de atención farmacéutica, contribuyendo a asegurar la eficacia y seguridad de los tratamientos y la adherencia a los mismos.
6. Mejorar la integración de la Oficina de Farmacia en los programas de subvenciones autonómicas, o programas de salud pública o campañas

- asistenciales remunerados para paliar su difícil situación económica actual y que, por otra parte, podría contribuir en cierta medida a mejorar el empleo.
7. Desarrollo legal y normativo de una cartera de servicios amplia, a prestar por la Oficina de Farmacia, que incorpore la concreción de un mecanismo para su retribución y/o financiación, sin que dicha retribución incida en el margen profesional.
 8. Eliminación del sistema establecido de aportaciones, descuentos y deducciones sobre la facturación de la Oficina de Farmacia al Sistema Nacional de Salud.
 9. Establecer los mecanismos para que la Oficina de Farmacia pueda erigirse como un complemento necesario e imprescindible para aumentar los indicadores de salud y bienestar de la población, interviniendo en acciones sanitarias y asistenciales para prevenir y atender las situaciones de dependencia.
 10. Reducir los requisitos formales para que el “convenio de empresa” en la Oficina de Farmacia pueda primar en determinados casos frente al Convenio Colectivo, desde la perspectiva de estimular la productividad.
 11. Flexibilización de los horarios de apertura de la Oficina de Farmacia, en el sentido de que, cumplidos los mínimos establecidos por Ley, cada cual, previa comunicación y posterior cumplimiento durante un plazo prudente, pueda adaptarlos a la demanda de sus pacientes y a las circunstancias de su farmacia. Puesta en marcha de un plan estratégico del sector farmacéutico conformado a través de las correspondientes reformas estructurales que apuntale la sostenibilidad de la prestación y procure la estabilidad del modelo evitando en la medida de lo posible cualquier iniciativa o decisión coyuntural que afecte al modelo actual regulado.
 12. Establecimiento, en coexistencia con todo lo anterior, de una política firme de reducción de los plazos de pago por la Administración de los medicamentos financiados, como soporte básico de la financiación de la Oficina de Farmacia.
 13. Colaboración de la Oficina de Farmacia con la Ley de la Dependencia. Estos establecimientos son agentes de salud que deben funcionar como complemento necesario e imprescindible para aumentar los indicadores de salud y bienestar de la población.

14. Adaptar el marco regulatorio para la creación de la Cartera de Servicios, potenciando la creación nuevas secciones, actividades y funciones profesionales a desarrollar por la Oficina de Farmacia y que complementen las funciones que establece como mínimas (básicas) la Ley 16/1997, de 25 de abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia, la promoción de productos no financiados y la parafarmacia, en su más amplio sentido, de forma que permitan su sostenibilidad y mejorar su rentabilidad.
15. Intensificar, por parte del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, las relaciones con los representantes empresariales del sector de forma que éstas sean fluidas y constantes, para profundizar en una visión empresarial de la Oficina de Farmacia.
16. Aprovechar la implantación de las nuevas tecnologías (receta electrónica, sistemas de trazabilidad individual de cada envase, etc.), para mejorar los sistemas de gestión del almacén (*stock*) de la Oficina de Farmacia, mejorar su posición y percepción de la Sociedad de sus funciones e implantar nuevos Sistemas de Facturación y Cobro Eficiente de medicamentos y productos sanitarios con cargo al Sistema Nacional Salud, evitando la impagos por parte de las Comunidades Autónomas.

D. Tecnología sanitaria

1. Posicionar a España como un polo innovador en tecnología sanitaria a nivel internacional. Las empresas de este sector son de las más innovadoras de la economía española.
2. Desarrollar reglamentariamente el nuevo sistema de liquidación monetaria de crédito fiscal y Patent Box, con el fin de hacer más efectivos los actuales incentivos fiscales a la I+D+i, así como reducir los plazos de emisión de los informes motivados vinculantes, dotando de mayor transparencia y seguridad jurídica al sistema.
3. Mejorar el conocimiento de los sistemas regionales de I+D+i, con el fin de facilitar la articulación de políticas coordinadas y conseguir una mayor eficiencia y vertebración de todas las medidas e instrumentos de las administraciones públicas en materia de I+D+i, prestando atención a las denominadas estrategias regionales de especialización inteligente, los programas complementarios de apoyo a la I+D.

4. Promover políticas para movilizar y agilizar el uso de recursos públicos y privados en un mercado donde la demanda pública y oferta privada converjan, desarrollando fórmulas de financiación e incorporando la Compra Pública Innovadora (CPI) como eje para el crecimiento del sector de tecnología sanitaria en España.
5. Mejorar la interrelación entre el ámbito de la Administración, la investigación hospitalaria y la empresa y, de esta forma, poner en valor las tecnologías que puedan incorporarse al sistema sanitario, renovando el acceso de la innovación a largo plazo para eliminar pasos, minimizando los tiempos de evaluación y acelerando así el acceso del profesional y del paciente a la tecnología, como por ejemplo a través de la creación de programas de cooperación específicos, como sucede en Reino Unido¹²⁹.
6. Potenciar los programas estratégicos de investigación e innovación realizados en cooperación entre agentes y en especial entre universidades, parques científicos y tecnológicos y empresas.
7. Asegurar la presencia de la innovación en tecnología sanitaria en las distintas fases de la asistencia (prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y monitorización).
8. Se debe tener presente la importancia de la investigación en este campo, que asegure el camino correcto y el éxito final en el entendimiento de la enfermedad durante todas las fases del proceso clínico.
9. Reforzar los esfuerzos en investigación en aquellas patologías de alto impacto e incurables hoy en día, como las neurodegenerativas, en las que, por otra parte, la acción investigadora supone la única esperanza para el paciente.
10. Considerar siempre como valor del uso de estas tecnologías, aquel que percibe el paciente. Los beneficios que aporta para la atención sanitaria.
11. Adaptar convenientemente los dispositivos asistenciales al nuevo perfil del paciente, como paciente experto.
12. Valorar y tener en cuenta la figura del cuidador y de los familiares del paciente, por su papel imprescindible en la adherencia al tratamiento, el seguimiento y control de la enfermedad y la mejora de la calidad de vida del paciente.
13. Integrar los servicios sociales y sanitarios, impulsar la evaluación y

129 <http://www.nih.ac.uk/about/nihr-infrastructure.htm>

- mejora continua, cambiar la orientación del paciente agudo al crónico y desarrollar nuevos modelos de gestión de la enfermedad y atención al paciente: tercer nivel asistencial.
14. Poner atención en aquellas aplicaciones que generan, a futuro, mayores expectativas, como la gestión de la medicación, el autocuidado, la telemedicina, los sistemas de información, la ayuda en la toma de decisiones clínicas o la gestión del conocimiento.
 15. Fomentar la inversión en tecnología sanitaria y mejorar la exportación con apoyo y formación a empresas españolas de tecnología sanitaria para impulsar su internacionalización. Facilitar la atracción de la inversión directa extranjera (IDE) al tejido industrial español.
 16. Mejorar la coordinación para identificar y consensuar con las CC. AA. las prioridades comunes:
 - a. Integración entre la provisión de servicios sociales y sanitarios.
 - b. Cartera común de servicios.
 - c. Interconectividad entre sistemas autonómicos de información. Papel de las TIC.
 - d. Historia clínica informatizada compartida.
 - e. Receta electrónica.
 - f. Mapa de capacidades tecnológicas.
 17. Mejorar la coordinación entre los servicios de salud de las CCAA, para compartir servicios asistenciales, evitar duplicidades, y reducir costes.
 18. Simplificar y unificar los procesos administrativos autonómicos, para conseguir:
 - a. Reducción de cargas administrativas.
 - b. Modelos previsibles y unificados.
 - c. Procesos de compra basados en la calidad, la innovación y en los resultados, y en el valor de la tecnología.
 - d. Registro único de licitadores y de facturas.

E. Biotecnología

1. Mantener el acceso a la innovación a través de fórmulas coste-eficientes a largo plazo que calibren la conveniencia o no de facilitar este acceso que, en la mayoría de los casos, siempre resulta favorable.

2. Reforzar los mecanismos de financiación europea para consolidar el retorno de la inversión, actualmente positivo, como evidencia de estímulo a esta inversión.
3. Aumentar la presencia en Europa, que viene desarrollándose de forma creciente, a través de PYMES.
4. Es imprescindible un entorno regulatorio apropiado, con la reducción de barreras burocráticas, y el acceso a la financiación de una manera más ágil.
5. Implantación de políticas de prevención para detectar futuros problemas de enfermedades crónicas, a través de políticas de vacunación efectivas y de implantación de sistemas de diagnóstico eficaces que faciliten la vida del paciente y, al mismo tiempo, ayuden a la sostenibilidad del Sistema Sanitario.
6. Potenciar el uso de la biotecnología como herramienta para la consecución de hitos científicos, económicos y sanitarios en España, mediante el fomento de la I+D y su vinculación a políticas que, además, faciliten el desarrollo de sistemas de innovación.
7. Apoyar la formación profesional en biotecnología promoviendo la homologación de los títulos de biotecnología que aún se encuentran en proceso de aprobación.
8. Impulsar el entorno de la “bioemprendeduría” a través de acciones formativas y desarrollar la formación entre los diferentes interlocutores del sector biotecnológico.
9. Promover políticas para movilizar recursos en un mercado donde existe demanda pública y oferta privada que convergen, y así dotar al país de nuevas tecnologías.
10. Incorporar la Compra Pública Innovadora (CPI), motor fundamental para el crecimiento del sector biotecnológico en España.
11. Desarrollar proyectos de investigación biomédica, terreno de la máxima relevancia y acción en extremo posibilista. En la actualidad, se están investigando 370 indicaciones de medicamentos principalmente en oncología, sistema nervioso central, enfermedades autoinmunes y dermatología.

F. Ortopedia

1. Actualización de la prestación ortoprotésica a través de la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud y su desarrollo posterior en todas

y cada una de las Comunidades Autónomas, a fin de ofrecer apoyos a la autonomía personal y a la plena inclusión social de las personas con discapacidad y personas mayores.

2. Mejora de la regulación existente con el objetivo de conseguir garantías profesionales para los técnicos ortopédicos en España, especialmente convirtiendo el título de Técnico Ortopédico en titulación universitaria y obteniendo el reconocimiento como profesión sanitaria.
3. Garantía de los servicios ortoprotésicos a los pacientes y usuarios y poder así ofrecer establecimientos normalizados con profesionales de garantía al frente.
4. Determinación del impacto de la Ley 39/2006 y garantizar que el sistema de servicios y prestaciones económicas dispuestos para sus objetivos (la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de Dependencia) se traduzca en incentivos y ventajas reales para las personas beneficiarias también en el ámbito de la ortopedia, así como en un impulso de la competitividad y empleo del sector en España.

G. Hospitales y clínicas privadas

1. Reconsideración por los poderes públicos de la cuantía del Impuesto del Valor Añadido a la actividad de estos establecimientos, cuyas subidas les perjudican gravemente.
2. Reducción de costes, por los propios centros, como medida estratégica orientada al crecimiento, opción única o combinada con otras. Se manejan otras medidas más novedosas como el llamado turismo sanitario.
3. La concertación con el sector público es una medida de mutuo beneficio para este sector y para las Administraciones sanitarias.
4. Esfuerzo del sector público dirigida a la reducción de la deuda que mantiene con las clínicas y hospitales privados, que en algunos casos supera el millón de euros por acreedor.
5. Acortar el plazo de pago de la Administración a estos centros, que en algunos casos, en 2014, ha llegado a una demora de tres años, a pesar de haberse fijado un plazo en días.
6. Consolidar el sistema de pago “por acto” a las aseguradoras privadas, frente al sistema de pago “per cápita”.
7. Afianzar los sistemas electrónicos de gestión y apoyo, como el registro

médico electrónico o la gestión electrónica de recetas.

8. Fortalecer y potenciar las políticas de formación de los trabajadores de las clínicas y hospitales privados, como herramienta de progreso de estos centros.

H. Aseguradoras

1. Debe potenciarse el crecimiento de las entidades de seguro privado, que pueden aportar dosis importantes de racionalización en la gestión global de la asistencia, en un espacio global de deterioro presupuestario y graves carencias del Sistema Sanitario Público.
2. Hay que aprovechar la difícil situación mencionada para orientar la colaboración público-privada, escenario en el que han de tener un lugar destacado las compañías de seguro privadas.
3. Conviene reparar en que los dos campos de futuro del aseguramiento privado (ante la precariedad del sector público) son las pensiones y la asistencia sanitaria. En el primero ya han calado los planes de pensiones, pero en el segundo hay que implementar medidas de incentivo, fiscal fundamentalmente, para desarrollarlo en beneficio colectivo.
4. Podría considerarse la ampliación de la cobertura de las Mutualidades de funcionarios a otras distintas de las actuales e incluso a colectivos externos a las mismas, como los trabajadores autónomos.
5. El modelo de las concesiones administrativas, puesto en marcha en la Comunidad Valenciana, puede servir de ejemplo a formatos provechosos de colaboración público-privada en la gestión de la asistencia sanitaria.
6. Es conveniente la incentivación de los seguros colectivos de salud para trabajadores por parte de las empresas, valorados muy positivamente por los trabajadores y que para las empresas constituyen una herramienta de fidelización y de compensación social.
7. En línea con la propuesta anterior, es preciso restablecer la exclusión de la base de cotización a la Seguridad Social de las aportaciones a seguros de salud colectivos, eliminada por el Real Decreto-Ley 16/2013, de 20 de Diciembre.
8. Se puede ampliar gradualmente la proporción de la población atendida por las entidades aseguradoras privadas. Por su solvencia y su especialización, estas entidades, están en condiciones de proponer un proceso

- gradual de sustitución del seguro público. Esta es la apuesta de futuro de mayor envergadura y posibilista del aseguramiento privado.
9. El seguro sanitario privado debería formar parte del Consejo Asesor de Sanidad, órgano consultivo más importante del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, por su voluntad de aportar experiencia y contribuir al desarrollo de la atención sanitaria a la población en todas sus manifestaciones.
 10. La representación del seguro privado sanitario no se corresponde con su importancia. Sería positivo que aumentase su presencia en todos los órganos sanitarios públicos consultivos, ya sean de trabajo y/o asesoramiento, tanto estatales como autonómicos. No puede desconocerse la experiencia y solvencia empresarial de este sector. No es posible, en la actualidad, concebir la gestión pública y la privada como dos compartimentos estancos y aislados. En el marco, imprescindible, de la Colaboración Público-Privada conviene formular las siguientes Propuestas.
 11. Existe una clara ruptura de la unidad de las prestaciones sanitarias y de inequidades en el acceso a las prestaciones. Se muestra imprescindible adoptar posturas de gobernanza adecuada de lo público. Es más necesaria que nunca que exista una verdadera cohesión y coordinación de las distintas Administraciones, liderada por la Administración Central.
 12. Estudio de los modelos actuales de organización y gestión de la colaboración público-privada en la financiación y producción de los servicios sanitarios: articulación de dicha colaboración.
 13. Creación de una organización administrativa que se encargue del seguimiento de la colaboración público-privada y que dé seguridad jurídica a las Administraciones Públicas en cuanto al cumplimiento de la normativa europea de Eurostat, así como que defienda ante instancias europeas la no consolidación presupuestaria de los compromisos plurianuales de las Administraciones Públicas durante la vigencia de la Colaboración Público-Privada.
 14. Fortalecimiento de los cauces de comunicación con las Administraciones competentes, para el conocimiento de las aportaciones del sector sanitario privado, dirigidas a dar viabilidad y estabilidad al modelo sanitario y sociosanitario público.
 15. Coordinación y colaboración entre el sector privado sanitario y las

necesidades de la Sanidad Pública: políticas de convenios y conciertos con las entidades y empresas prestadoras de servicios privados. Especial mención puede hacerse de la colaboración de la iniciativa privada en zonas o territorios donde la cobertura sanitaria pública no es del todo completa, como por ejemplo, en zonas rurales o de baja densidad poblacional.

- 16 Colaboración de la iniciativa privada en la difusión de las estrategias informativas públicas de salud y de organización de los servicios. Cooperación en la planificación de las necesidades y en la formación del personal sanitario, estructurando una formación adecuada para la prestación de una atención sanitaria de calidad, especialmente en los sectores económicos emergentes como la investigación, las nuevas tecnologías o en terapias avanzadas.
17. Explorar nuevas fórmulas colaboración público-privada: ante la necesidad de asegurar la suficiencia y sostenibilidad del sistema, sin afectar a la extensión y calidad de la prestaciones y al progreso científico y terapéutico del Sistema Sanitario, parece necesario avanzar en la búsqueda de fórmulas de colaboración público-privada que, sobre la base de la voluntariedad, permitan compartir los riesgos económicos derivados de la introducción de nuevos medicamentos, productos y servicios de alto coste.
18. Fomentar los seguros privados de salud, tanto a nivel individual como el ámbito de las empresas, procurando ampliar las experiencias existentes en el ámbito del mutualismo administrativo a otros colectivos.

I. Mutuas

1. Sería conveniente difundir socialmente la importante y desconocida (o poco conocida) labor de estas entidades para el común de la ciudadanía, en relación con la colaboración que prestan en la gestión de la Seguridad Social, en beneficio del propio sistema, de las empresas y de los trabajadores, mediante la gestión de las prestaciones económicas y de asistencia sanitaria comprendidas en la protección de las Contingencias Profesionales y las actividades de prevención de las mismas, la gestión de la prestación económica por Incapacidad Temporal derivada de Contingencias Comunes, por Riesgo durante el Embarazo y Riesgo

durante la Lactancia Natural, la gestión de la prestación económica por Cese en la Actividad de los Trabajadores por Cuenta Propia o la gestión de la prestación por Cuidado de Menores afectados por Cáncer u otra Enfermedad Grave.

2. Hay que poner en valor importantísimas aportaciones de las Mutuas, como los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales que han conseguido evitar, la garantía de salud de más de 70.000 mujeres trabajadoras embarazadas y de sus futuros hijos, para las que no ha sido posible adaptar sus puestos de trabajo, o reubicarlos en las empresas o la ayuda prestada a más de 12.000 trabajadores accidentados o enfermos, o sus familiares, que se encontraban en situación de especial necesidad.
3. Los poderes públicos deben reconocer la importancia de unas entidades que gestionan asistencia sanitaria a los trabajadores que la necesitaron, con motivo de más de 1,1 millones de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, con o sin baja, a través de casi 18 millones de actos médicos y que gestionan más de 2,6 millones de procesos de baja por enfermedad o accidente no laboral.
4. Reconocer su elevado nivel de solvencia técnica y gestora, evidenciadas por el hecho de que sobre más de 3,1 millones de procesos gestionados, se interpusieron a las Mutuas un total de 9.044 reclamaciones, lo que en concepto representa que, únicamente, 2,9 trabajadores por cada 1.000 manifestaron algún tipo de disconformidad con la actuación de las Mutuas.
5. Tener en cuenta el volumen de su aportación económica a la Seguridad Social, destacando los 800 millones de euros anuales para el sostenimiento de los Servicios Comunes, y un acumulado previsto al final de 2015, en los Fondos de Seguridad Social, con origen en los fondos existentes en las Mutuas, de 8.892.000.000 de euros, en el nuevo Fondo de Contingencias, y de 1.470.000.000 de euros en el Fondo de Reserva, que actualmente se están destinando a ayudar al pago de las Pensiones.
6. Reordenación de las prestaciones sanitarias derivadas de Contingencias Profesionales y de la asistencia sanitaria derivada de Contingencias Comunes, para que se puedan hacer efectivas con medios propios o concertados, a elección de cada Mutua. Por medios propios debe entenderse aquellos pertenecientes a la propia Mutua, como aquellos que pueda concertar de otra entidad de esta naturaleza. Como medios ajenos deben

- incluirse los de los Servicios Públicos de Salud, los centros sanitarios privados y los servicios profesionales clínicos de personas físicas o jurídicas.
7. Posibilitar a las Mutuas la creación de instalaciones y servicios sanitarios y recuperadores para la prestación de la asistencia sanitaria de los trabajadores accidentados en el trabajo y aquejados de enfermedad profesional, así como la asistencia sanitaria correspondiente a Contingencias Comunes.
 8. Que las Mutuas, en caso de que los centros sanitarios y recuperadores que gestionan dispongan de un margen de aprovechamiento, puedan celebrar convenios y acuerdos para prestar asistencia sanitaria y recuperadora con los Servicios Públicos de Salud y con las Entidades Gestoras de la Seguridad Social. Igualmente, que puedan concertar la utilización de sus medios sanitarios y recuperadores con entidades privadas para la realización de pruebas sanitarias y tratamientos a favor de las personas que aquellas entidades soliciten.
 9. Que se reconozca que el personal sanitario que desarrolle su labor profesional en las Administraciones Públicas pueda compatibilizar sus actividades con el desempeño de un segundo puesto de trabajo, cargo o actividad en los servicios sanitarios y recuperadores de las Mutuas, todo ello sin perjuicio de que estas entidades puedan dotarse de los recursos humanos necesarios para el desarrollo de su actividad sanitaria y recuperadora.

J. Transporte sanitario

1. Mantener la vinculación del transporte sanitario al campo sanitario, en lugar de al general del transporte, teniendo en cuenta que su destino natural en la atención sanitaria y constituye una prestación dentro de la misma.
2. Continuar la prestación del transporte sanitario bajo la forma de concesión contractual, por las Administraciones públicas a empresas privadas del sector, como forma más eficiente de la prestación.
3. Concienciación de las Administraciones contratantes de la necesidad de ajustar el importe de los contratos a su coste real, en aras a lograr una prestación eficiente y una viabilidad del servicio.
4. Vigilar el exceso normativo existente (europeo, nacional, autonómico, de pliegos etc.)

5. Unificar, definitivamente, los tipos de ambulancias, su carrozado y equipamiento, con criterios europeos según refleja los requerimientos de la Norma UNE 1789/2010.
6. Determinar algún criterio asequible y fiable para fijar los volúmenes económicos de la contratación del transporte sanitario.
7. Establecer subvenciones o ayudas que permitan seguir invirtiendo en nuevas tecnologías.
8. Consolidar el esfuerzo formativo específico para los trabajadores y empresarios del sector.
9. Establecer ayudas a las empresas para la contratación de empleados y la formación de sus profesionales.
10. Regular, adecuadamente, los servicios preventivos de transporte sanitario en espacios y eventos públicos.
11. Evitar la competencia desleal por parte de algunas organizaciones sin ánimo de lucro, que pueden partir de condiciones más ventajosas en la prestación del servicio.

K. Servicios de prevención

1. Es preciso reforzar la idea de asociar Medicina Preventiva y Salud Pública, teniendo en cuenta el papel que juega la prevención en relación con la recogida de datos y la difusión de información mediante la actuación sistemática y periódica con los trabajadores, fundamentalmente a través de los reconocimientos médicos que se les realizan.
2. Es necesario incidir, aún más, en las enfermedades profesionales, promoviendo la prevención antes que la rehabilitación o el abandono temprano del trabajo por motivos de salud, en sintonía con las recomendaciones procedentes de las instituciones comunitarias que están en línea con las indicaciones del Marco Estratégico de la Unión Europea en materia de seguridad y salud en el trabajo 2014-2020.
3. Se echa de menos que la normativa regule el acceso de los servicios de prevención a la información sobre siniestralidad y absentismo, especialmente cuando se trata de servicios de prevención ajenos, donde parece insuficiente vehicular toda la información a través de la empresa, siendo deseable que pudiera obtenerse de la Seguridad Social.
4. Comunicar las enfermedades que podrían ser calificadas como profe-

- sionales, tal y como establece el artículo 5 del Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el Sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro, a través del organismo competente de cada comunidad autónoma o de las ciudades con Estatuto de Autonomía.
5. Impulsar programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo, en coordinación con el Sistema Nacional de Salud, así como desarrollar programas de formación, información e investigación en el ámbito de trabajo.
 6. Colaborar con las autoridades sanitarias en las labores de vigilancia epidemiológica, provisión y mantenimiento del Sistema de Información Sanitaria en Salud Laboral, según se establece en el artículo 39 del Reglamento de los Servicios de Prevención.
 7. Participar en cualquier función que la autoridad sanitaria les atribuya en el marco de la colaboración contemplada en los artículos 38 y 39 del Reglamento de los Servicios de Prevención.
 8. Reforzar las funciones de colaboración de los Servicios de Prevención con la Sanidad pública en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades relacionadas con el trabajo, así como en la detección de enfermedades profesionales, disponiendo de herramientas homogeneizadas para su comunicación.
 9. Intensificar la acción conjunta con las Administraciones públicas competentes en las campañas sanitarias y epidemiológicas organizadas por aquellas y con la Inspección Médica de los Servicios de Salud, en lo relativo al control de la correcta dispensación de las prestaciones y acceso a los servicios de asistencia sanitaria.
 10. Participación en programas específicos bajo las pautas y protocolos de Salud Pública en casos de pandemias (gripe A, ébola, etc.), así como colaboración en la intervención de las unidades de vigilancia epidemiológica de Salud Pública para el control de brotes epidémicos en el ámbito laboral.
 11. Participación en programas de coordinación entre el SNS y el sistema de prevención de riesgos laborales.
 12. El conjunto mínimo de datos del Sistema de Información Laboral debe ser establecido por el Ministerio de Sanidad, previo acuerdo con los órganos competentes de las Comunidades Autónomas, en el seno del

Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Las Comunidades Autónomas, en el ámbito de sus respectivas competencias, podrán desarrollar el citado Sistema de Información Sanitaria.

L. Termalismo-Balnearios y turismo social, de salud y atención sanitaria a extranjeros.

1. Consolidar los programas de Turismo y Termalismo Social, en consideración a las ventajas que producen a los usuarios, a las zonas en las que se ubican los establecimientos y a la economía en general, por el retorno económico que producen.
2. Idénticas consideraciones proceden respecto del Turismo Social, en el espacio nacional o en el europeo, a través de sus distintos programas.
3. Respecto al Turismo de Salud, debemos hacer un esfuerzo conjunto para promocionar el país como destino de Turismo de Salud en la consideración de crear de una marca similar a "Golf Spain" con ese objetivo, o como la actual "SPAINCARES".
4. Incentivar y promocionar que los hospitales y balnearios españoles puedan ir a ferias de turismo en general y ferias de turismo de salud en particular. Se debe trabajar en que asocian a España con seguridad y tranquilidad en el ámbito sanitario.
5. Trabajar en el ámbito europeo para la aplicación efectiva de la Directiva Europea de los Derechos de los Pacientes a la Asistencia Sanitaria Transfronteriza.
6. Promover la creación de productos acabados de Turismo de Salud entre hospitales, balnearios, hoteles, agencias de viajes y empresas de transportes.
7. Potenciar la celebración de Convenciones de Turismo de Salud en España.
8. Potenciar las políticas de envejecimiento activo para la mejora de la calidad de vida de la población. En este sentido, el sector balneario realiza un papel fundamental como se ha venido demostrando con el Programa de Termalismo del IMSERSO, con el que además de mejorar la salud de los usuarios de este Programa, se ha podido constatar el ahorro farmacéutico obtenido, tanto por la mejora de enfermos crónicos de determinadas dolencias, como por la prevención de ciertas enfermedades.
9. Inclusión de las curas balnearias en el catálogo de prestaciones de la

Seguridad Social, debido a las propiedades terapéuticas demostradas de las Aguas minero-medicinales sobre determinadas dolencias y su carácter preventivo y de recuperación.

10. Defensa por parte de la Administración ante el intrusismo de empresas que ofrecen tratamientos de balnearios sin cumplir los requisitos obligatorios para ello (aguas minero-medicinales y servicio médico).
11. Defensa ante la utilización inadecuada por parte de Administraciones Públicas Locales del uso de las Aguas minero-medicinales para usos no terapéuticos.

M. Sector sociosanitario

1. Debemos poner esfuerzo en la consecución de un pacto sociosanitario a través de un acuerdo conjunto a del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y del Consejo Territorial de Servicios Sociales y Dependencia, que pueda permitir el desarrollo y consolidación de una atención sociosanitaria coordinada e integral, que ponga el centro de sus actuaciones en las personas.
2. Conviene perseguir que todas las instituciones, organismos, entidades competentes en la materia y los profesionales que conforman los equipos, tanto del sector sanitario como del social, gestionen de manera efectiva y compartida la atención integral de las personas que requieren servicios de ambos sistemas asistenciales.
3. Debe trabajarse en una definición ajustada del perfil de la persona necesitada de la atención sociosanitaria. Identificar debidamente a estos sujetos exige delimitar unos criterios en tres apartados: sanitario, funcional y social.
4. Establecer una cartera de servicios sociosanitarios, como presupuesto de un decidido avance hacia la equidad y una transparencia en los derechos de las personas que requieren atención sociosanitaria. El contenido de la misma debe girar en torno a programas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y del deterioro funcional, de pérdida de la calidad de vida y de la dependencia. Habrán de considerarse los cuidados sanitarios de larga duración, la atención sanitaria a la convalecencia o a determinados colectivos sensibles como enfermos mentales, déficits funcionales recuperables o menores sujetos a especial protección.

5. Se habrán de establecer los órganos de coordinación que permitan determinar un plan de actuación común que clarifique qué recursos habrá de aportar el sector sanitario y cuáles deberán provenir del social para garantizar una atención integral de calidad.
6. Habrá de perseguirse, como presupuesto imprescindible, la coordinación de los recursos, de manera que se garantice una aplicación eficiente, favoreciendo en lo posible el mantenimiento del usuario en su entorno, evitando la institucionalización y potenciando la atención clínica y farmacéutica en los entornos domiciliarios.
7. Potenciar en el ámbito sociosanitario la función como agente de la salud de la Oficina de Farmacia, aprovechando su red asistencial.
8. Contemplar el valor de la posibilidad de contar con las redes informales de cuidados (asociaciones de pacientes, grupos de ayuda o voluntariado).
9. Utilizar criterios homogéneos, en la acreditación de centros y servicios sociosanitarios, como presupuesto imprescindible de equidad y de normalización procedimental.
10. Se propone la figura de los “servicios sanitarios integrados en una organización no sanitaria” como marco administrativo y legal adecuado para dispensar los servicios y prestaciones sociosanitarias, con criterios homogéneos para cualquier centro.
11. Urge poner en marcha y desarrollar mecanismos compartidos de información que permitan el acceso a la información en condiciones de igualdad en el conjunto del Estado, a través de las siguientes herramientas: Código de identificación sociosanitario, Historia sociosanitaria integrada y Conjunto mínimo de datos sociosanitarios.
12. Es importante que los cambios e innovaciones en la gestión de lo sociosanitario no tengan como único objetivo reducir el gasto, sino que traten de optimizarlo para producir mejores resultados. La atención sociosanitaria no debe ser contemplada únicamente desde la perspectiva del gasto, ya que también es inversión social, generadora de bienestar, empleo y riqueza.

N. Desarrollo de la atención a la Dependencia

1. Urge encontrar soluciones eficientes para atender a las personas en situación de dependencia, en un escenario económico como el actual. Los compromisos de cumplimiento del desarrollo y plazos de la Ley

- 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción del Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia (LAPAD), no se corresponden con la adecuada financiación del mismo. En el año 2010, la AGE ha desembolsado casi 2.000 millones de euros (más de 340 con créditos suplementarios a lo presupuestado). Esta situación hace que cada año se incorporen al Sistema un mayor número de beneficiarios que los inicialmente previstos, ampliando el número de los mismos que están pendientes de evaluación o de recibir la prestación asignada.
2. Es necesario que se desarrolle la Ley tal y como se aprobó, como una Ley de servicios y no de subvenciones. Ha de limitarse el acceso a la prestación económica en el entorno familiar y verificar la idoneidad de estos cuidados en función del grado y nivel de la persona dependiente. Para que la persona permanezca en el entorno del hogar existen opciones de servicios profesionales (ayuda a domicilio, teleasistencia y otros) que no han sido suficientemente utilizados.
 3. El Sistema necesita de una homogeneización de la profesionalización de los equipos evaluadores que eviten así las desigualdades existentes según los territorios. Debe también modularse la amplia discrecionalidad que tiene el beneficiario o su familia a la hora de elegir entre servicios o prestaciones al margen de la opinión profesional.
 4. Es necesario transformar el modelo de atención actual, basado en recursos, en un modelo de atención basado en la persona, para lo que hay que articular una propuesta integrada que coordine los recursos de las distintas administraciones sanitarias y de las responsables de los servicios sociales y de la dependencia, que permita derivar de uno a otro ámbito, de manera ágil y eficiente, a las personas en función de sus necesidades (enfermos crónicos, convalecientes de larga duración...).
 5. El SAAD debe fundamentarse en la corresponsabilidad entre todos los actores: Administración General del Estado, Comunidades Autónomas y otras Administraciones locales, incluido el propio ciudadano, mediante el copago.
 6. Es necesaria una efectiva coordinación interadministrativa. También es importante intensificar la colaboración público-privada, con la creación de un marco estable (plurianual) y claro que haga sostenible el Sistema, apoyado en estándares de calidad y eficiencia. Las administraciones autonómicas y locales deben hacer frente al pago de proveedores en tiempo y forma.

7. Debería tenderse a una equiparación de cuantías entre el coste de los servicios y el equivalente a la prestación económica vinculada a servicios profesionales.
8. Es necesario desarrollar un sistema de acreditación equitativo, que garantice unos mínimos comunes entre las diferentes Comunidades Autónomas para garantizar la calidad de los servicios. Asimismo, hay que desarrollar el catálogo de prestaciones del SAAD. El objetivo es la equidad para el ciudadano.
9. No deberían quedarse en el calificativo de “residencial” los centros en los que se encuentran alojadas personas con alto nivel de necesidades sanitarias, sino que deberían ser considerados centros de atención sociosanitaria o atención intermedia y no meros sustitutos del hogar. Esta consideración llevaría a la creación de un modelo de “acreditación sanitaria y social”.
10. En las estancias residenciales no hay que penalizar a los operadores de residencias con las plazas vacantes no ocupadas (concepto de reserva de plaza).
11. No se debe descontar a los operadores de estancias residenciales ningún porcentaje por motivo de las ausencias ajenas a la voluntad del adjudicatario (vacaciones, estancias hospitalarias, etc.)
12. De cara a incrementar la calidad de los centros residenciales, es importante que se compute a nivel de ratio otros profesionales como pueden ser los farmacéuticos, TASOC, auxiliares de farmacia, etc.
13. Se debe establecer un sistema de servicios a los usuarios basados en la calidad, con la promoción del cumplimiento de protocolos de buena práctica y evaluaciones de calidad. Dicho cumplimiento debe ser tenido en cuenta y publicitado a los usuarios a la hora de que puedan elegir la residencia que mejor se adapte a sus necesidades reales.
14. Esta consideración anterior podría hacer variar el modelo de atención farmacéutica, lógicamente, existiendo incluso en centros de cierta importancia servicios de farmacia con farmacéutico responsable.
15. Debería regularse el ámbito laboral de los cuidadores no profesionales, de forma que estas personas tuvieran la formación correspondiente y cotizaran por su trabajo. Para ello, habría que introducir incentivos a las familias y a los propios trabajadores (como la cuota reducida de autónomos).

16. Se debería defender recurrir a esta figura cuando no hay servicios profesionales disponibles en el territorio (por su singularidad, ruralidad, etc.), situación normalmente extraordinaria. Conviene destacar que existe ausencia absoluta de control de esas situaciones de cuidadores no profesionales por parte de la Administración, en el sentido de que se desconoce si el cuidador realmente hace ese trabajo, si está cualificado para ello, si se cumplen unos mínimos técnicos y asistenciales...
17. En cuanto a los cuidadores profesionales, urge la convocatoria para la acreditación profesional de los trabajadores de Ayuda a Domicilio y Residencias.
18. Deben considerarse los servicios de atención a la dependencia (centros residenciales, centros de día, teleasistencia y servicios de atención a domicilio) como servicios de primera necesidad y, como tales, establecer un tipo de IVA súper-reducido del 4 % para los mismos, independientemente de la naturaleza jurídica (pública, privada, o concertado) del prestador o comprador de los servicios.
19. Hay que enfatizar, en cualquier caso, que la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia son objetivos irrenunciables. La viabilidad y sostenibilidad de un Sistema Público que dé respuesta a las necesidades y asegure el derecho de los ciudadanos a los cuidados de larga duración está condicionada, sin duda, por consideraciones técnicas, competenciales o económicas, pero sobre todo depende de que exista o no una voluntad política firme de garantizar la atención equitativa del Sistema a todas las personas en situación de dependencia, conforme al criterio de universalidad.
20. No debe olvidarse que la apuesta por una atención profesionalizada genera importantes retornos fiscales, pues favorece el desarrollo económico activando el empleo en general y reequilibrando la posición de la mujer en el mercado laboral, en particular.
21. La aportación del beneficiario en el coste de las prestaciones y servicios de atención a la dependencia (copago) debería reformarse para hacerla más justa y equitativa, robusteciendo el carácter de derecho subjetivo y ampliando el universo de personas en situación de necesidad que puedan acogerse a las prestaciones y servicios de la LAPAD.

22. Convendría recordar el principio de primacía de los servicios profesionales de atención a la dependencia frente a las prestaciones económicas, en acorde con el espíritu de la LAPAD. En este sentido, habría que poner en valor las prestaciones de servicios profesionales y las prestaciones económicas vinculadas a los servicios profesionales, de carácter finalista.
23. En la misma línea, habría que minimizar las prestaciones económicas en el entorno familiar, que en todo caso deberían resultar complementarias a las prestaciones de carácter profesional. La concesión de prestaciones económicas vinculadas a servicios profesionales respondería al derecho de libre elección del usuario.
24. La atención a la dependencia debería dotarse de un procedimiento de urgencia, que permita garantizar el derecho a recibir una atención urgente o prioritaria en las situaciones que no puedan esperar al turno ordinario en los supuestos determinados por la Administración Pública competente.

O. Aseguramiento de la dependencia

1. Deben excluirse los seguros privados de dependencia del cálculo de la capacidad económica personal del beneficiario. De hacerse de otra manera se incrementaría su nivel de copago, cuando la finalidad de estos instrumentos es precisamente facilitar la cofinanciación (copago) por los beneficiarios de los servicios establecidos en la Ley. Se estaría, por otra parte, penalizando precisamente a aquellos ciudadanos que han sido más previsores durante su vida, detrayendo parte de su renta disponible para asegurarse de que podrán hacer frente a su copago en caso de devenir dependientes.
2. Tampoco deben computarse como patrimonio los derechos económicos del beneficiario en seguros privados de dependencia (algo que ya prevé, desde hace tiempo, el artículo 4.º Cinco. de la Ley 19/1991, de 6 de junio, del Impuesto sobre el Patrimonio).
3. Debería establecerse un límite máximo de reducción a la base imponible para las primas satisfechas a Seguros Individuales de Dependencia (5.000 euros anuales) independiente del límite conjunto aplicable al resto de los sistemas de previsión social.
4. El ámbito fiscal de cobertura de los seguros privados de dependencia no

debe limitarse a las personas no dependientes, sino que también debería poder alcanzar a todas aquellas personas que en la actualidad ya lo son o que vayan a devenir dependientes a corto plazo.

5. Estas operaciones han de tener la calificación fiscal de seguros privados de dependencia, ya que se permitiría de esa forma que la prima única satisfecha por el dependiente pudiera ser objeto de reducción en base imponible de conformidad con lo previsto en artículo 51.5 de la Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.
6. Debería permitirse que el contribuyente pudiera realizar aportaciones adicionales con derecho a reducción en la base imponible a favor de familiares cercanos sin consumir su propio límite de reducción a la base imponible por aportación a sistemas de previsión social.
7. Las primas que pudieran ser satisfechas por familiares directos del dependiente no han de quedar sujetas al Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones y ser reducidas en la base imponible con los límites y condiciones señalados en el mismo.
8. Debería establecerse una exención para las rentas devengadas como consecuencia de la utilización del patrimonio personal para atender a las necesidades económicas de la dependencia, siempre que dicha utilización se traduzca en la contratación de una renta vitalicia asegurada.
9. Fomento general de los seguros privados de dependencia, especialmente en lo relativo a la fiscalidad de sus prestaciones y a la posibilidad de que las personas que ya son dependientes y sus familiares puedan suscribir seguros que garanticen rentas vitalicias que faciliten recursos en favor del dependiente.

Marco normativo

El presente repertorio¹³⁰ tiene carácter cronológico, situando las normas en sucesión, conforme han ido apareciendo publicadas y por su carácter de histórico-consultivo se conservan todas ellas. No pretende tener carácter exhaustivo, aspecto imposible en un índice como el presente, pero sí que trata de recoger la normativa más destacada.

El ámbito territorial de la selección efectuada es estatal, ofrece una perspectiva integral de la normativa española y añade, además, algunas normas internacionales de relevancia. El arco temporal ha de ser, en algún modo, limitado y se ha tomado la referencia de los últimos veinte años, es decir desde 1995 al presente¹³¹. No se aborda el espacio normativo autonómico, por su excesiva extensión.

El rango normativo que se abarca en el presente repertorio es el de Leyes y Decretos, no descendiendo a rangos inferiores, opción que haría inabarcable la selección a ofrecer.

130 Contiene información, de referencias normativas, procedente de la web del coordinador general y relator de este libro, Juan Siso Martín, www.juansiso.es.

131 Se omiten, por tanto, necesariamente, normas capitales en nuestro ordenamiento jurídico como la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, a la que, sin embargo, en el cuerpo del presente *Libro* se hacen referencias oportunas.

Normativa estatal

1995	
R.D.Legislativo 1/1995	De 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.
LO 10/1995	De 23 de noviembre, del Código Penal.
Ley 15/1995	De 30 de mayo, sobre límites del dominio sobre inmuebles para eliminar barreras arquitectónicas a las personas con discapacidad.
Ley 31/1995	De 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
Directiva 95/46/CE	Del Parlamento Europeo y del Consejo, de 24 de octubre de 1995, relativa a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos.
Ley 43/1995	De 27 de diciembre, del Impuesto sobre Sociedades.
RD 2064/1995	De 22 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento general sobre cotización y liquidación de otros derechos de la Seguridad Social.

1996	
RD 8/1996	De 15 de enero, sobre libre elección de médico en los servicios de atención especializada del Instituto Nacional de la Salud.
RD Ley 10/1996	De 17 de junio, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del INSALUD.
RD 411/1996	De 1 de marzo, por el que se regulan las actividades relativas a la utilización de tejidos humanos.

1997	
1997	De 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.
1997	Protocolo adicional al convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad humana en relación con la aplicación de la biología y la medicina sobre la prohibición de clonar seres humanos.
Ley 15/1997	De 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud.
Ley 16/1997	De 25 de abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia.
RD 39/1997	De 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.
RD 537/1997	De 14 de abril, por el que se aprueba el Reglamento del Impuesto sobre Sociedades.

1999	
L.O. 15/1999	De 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
RD 1971/1999	De 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía.
RD 2070/1999	De 30 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención y utilización clínica de órganos humanos y la coordinación territorial en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos.
Ley 39/1999	De 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras.

2000	
RD Legislativo 5/2000	De 4 de agosto, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social.
RD 1662/2000	De 29 de septiembre, sobre productos sanitarios para diagnóstico <i>in vitro</i> .
2000	De 7 de diciembre, Carta de derechos fundamentales de la unión europea Niza.
Ley 1/2000	De 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil.

2001	
RD 995/2001	De 10 de septiembre, por el que se modifica el Reglamento del Impuesto sobre Sociedades en materia de regímenes fiscales especiales.

2002	
RDL 1/2002	De 29 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones.
Ley 16/2002	De 1 de julio, de Prevención y Control Integrados de la Contaminación
Ley 41/2002	De 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
Ley 53/ 2002	De 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social.
2002	Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre trasplante de órganos

2003	
Ley 9/2003	De 25 de abril, por la que se establece el régimen jurídico de la utilización confinada, liberación voluntaria y comercialización de organismos modificados genéticamente.
Ley 16/2003	De 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
Ley 34/2003	De 4 de noviembre, de modificación y adaptación a la normativa comunitaria de la legislación de seguros privados.
Ley 36/2003	De 11 de noviembre, de medidas de reforma económica.
Ley 40/2003	De 18 de noviembre, de Protección a las Familias Numerosas.
Ley 41/2003	De 18 de noviembre, de protección patrimonial de las personas con discapacidad y de modificación del Código Civil, de la Ley de Enjuiciamiento Civil y de la Normativa Tributaria con esta finalidad.
Ley 44/2003	De 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

Ley 45/2003	De 21 de noviembre, por la que se modifica la Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre Técnicas de Reproducción Asistida.
Ley 51/2003	De 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.
Ley 55/2003	De 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
Ley 58/2003	De 17 de diciembre, General Tributaria.
RD 1277/2003	De 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.
2 RD. 1539/2003	De 5 de diciembre, por el que se establecen coeficientes reductores de la edad de jubilación a favor de los trabajadores que acreditan un grado importante de minusvalía.
Ley 9/2003	De 25 de abril, por la que se establece el régimen jurídico de la utilización confinada, liberación voluntaria y comercialización de organismos modificados genéticamente.

2004

DIRECTIVA 2004/23/CE	Del Parlamento Europeo y del Consejo de 31 de marzo de 2004 relativa al establecimiento de normas de calidad y de seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento, y la distribución de células y tejidos humanos.
RD Legislativo 3/2004	De 5 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.
RD Legislativo 4/2004	De 5 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Impuesto sobre Sociedades.
RD 223/2004	De 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos.
RD 176/2004.	De 30 de enero, por el que se aprueba el Estatuto del Centro Nacional de Trasplantes y Medicina Regenerativa.
RD 183/2004	De 30 de enero, por el que se regula la tarjeta sanitaria individual.
RD 2132/2004	De 29 de octubre, por el que se establecen los requisitos y procedimientos para solicitar el desarrollo de proyectos de investigación con células troncales obtenidas de preembriones sobrantes.

RD 178-2004	De 30 de enero, por el que se aprueba el Reglamento general para el desarrollo y ejecución de la Ley 9/2003, de 25 de abril, por la que se establece el régimen jurídico de la utilización confinada, liberación voluntaria y comercialización de organismos modificados genéticamente.
RD 304/2004	De 20 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de planes y fondos de pensiones.
RD 1775/2004	De 30 de julio, por el que se aprueba el Reglamento del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.
RD 1777/2004	De 30 de julio, por el que se aprueba el Reglamento del Impuesto sobre Sociedades.
RD 2063/2004	De 15 de octubre, por el que se aprueba el Reglamento general del régimen sancionador tributario.
RD 2402/2004	De 30 de diciembre, por el que se desarrolla el artículo 104 de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, para las revisiones coyunturales de precios de especialidades farmacéuticas y se adoptan medidas adicionales para la contención del gasto farmacéutico.

2005

RD 688/2005	De 10 de junio, por el que se regula el régimen de funcionamiento de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social como servicio de prevención ajeno.
RD 939/2005	De 29 de julio, por el que se aprueba el Reglamento General de Recaudación.
Ley 23/2005	De 18 de noviembre, de reformas en materia tributaria para el impulso a la productividad.
Ley 24/2005	De 18 de noviembre, de reformas en materia tributaria para el impulso a la productividad.
RD 1088/2005	De 16 de septiembre, por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión.

2007	
Ley 14/2007	De 3 de julio, de Investigación biomédica.
Ley 26/2007	De 23 de octubre, de Responsabilidad Medioambiental.
RD 124/2007	De 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal.
RD 615/2007	De 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia.
RD 1720/2007	De 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

2008	
RD 183/2008	De 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.
RD 823/2008	De 16 de mayo, por el que se establecen los márgenes, deducciones y descuentos correspondientes a la distribución y dispensación de medicamentos de uso humano.
RD 2090/2008	De 22 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo parcial de la Ley 26/2007, de 23 de octubre, de Responsabilidad Medioambiental.
RD Legislativo 2/2008	De 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de suelo.
RD Ley 2/2008	De 21 de abril, de medidas de impulso a la actividad económica.

2009	
RD 817/2009	De 8 de mayo, por el que se desarrolla parcialmente la Ley 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público.
RD 1591/2009	De 16 de octubre, por el que se regulan los productos sanitarios.
RD 1616/2009	De 26 de octubre, por el que se regulan los productos sanitarios implantables activos.
RD 1971/1999	De 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía.

2010	
LO 2/2010	De 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.
RD Legislativo 1/2010	De 2 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Sociedades de Capital.
RD Ley 4-2010	De 26 de marzo, de racionalización del gasto farmacéutico con cargo al Sistema Nacional de Salud.
RD Ley 6/2010	De 9 de abril, de medidas para el impulso de la recuperación económica y el empleo.
RD Ley 8/2010	De 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público.
RD 373/2010	De 26 de marzo, por el que se determina el nivel mínimo de protección garantizado a los beneficiarios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para el ejercicio 2010.
RD 374/2010	De 26 de marzo, sobre las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia para el ejercicio 2010
LO 2/2010	De 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.
Ley 42/2010	De 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.
RD 831/2010	De 25 de junio, de garantía de la calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo.
RD 1093/2010	De 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud.
RD 1718/2010	De 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación.
RD 1091/2010	De 3 de septiembre, por el que se modifican el Real Decreto 1345/2007, de 11 de octubre, por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente, y el Real Decreto 1246/2008, de 18 de julio, por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y farmacovigilancia de los medicamentos veterinarios fabricados industrialmente.

2011	
2011	Código de deontología médica
Ley 2/2011	De 4 de marzo, de Economía Sostenible.
Ley 33/2011	De 4 de octubre, General de Salud Pública.
Ley 36/2011	De 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social.
RD 174/2011	De 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia.
RD 175/2011	De 11 de febrero, por el que se modifica el Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
RD 569/2011	De 20 de abril, por el que se determina el nivel mínimo de protección garantizado a las personas beneficiarias del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para el ejercicio 2011.
RD 1039-2011	De 15 de julio, por el que se establecen los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.
RD 1823/2011	De 21 de diciembre, por el que se reestructuran los departamentos ministeriales.
RD Ley 9/2011	De 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del sistema nacional de salud, de contribución a la consolidación fiscal, y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011.
RD 1630/2011	De 14 de noviembre, por el que se regula la prestación de servicios sanitarios y de recuperación por las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social.
RD 1716/2011	De 18 de noviembre, por el que se establecen los requisitos básicos de autorización y funcionamiento de los biobancos con fines de investigación biomédica y del tratamiento de las muestras biológicas de origen humano, y se regula el funcionamiento y organización del Registro Nacional de Biobancos para investigación biomédica.
RD Legislativo 3/2011	De 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público.

RD Ley 9/2011	De 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del sistema nacional de salud, de contribución a la consolidación fiscal, y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011.
RD Ley 20/2011	De 30 de diciembre, de medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit público.
Ley 26/2011	De 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
Directiva 2011/24/UE	De 25 de octubre, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza al ordenamiento jurídico nacional
Directiva 2011/92	De 9 de marzo, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza

2012

Ley 11/2012	De 19 de diciembre, de medidas urgentes en materia de medio ambiente
Ley 12/2012	De 26 de diciembre, de medidas urgentes de liberalización del comercio y de determinados servicios.
RD Ley 5-2012	De 5 de marzo, de mediación en asuntos civiles y mercantiles.
RD Ley 12/2012	De 30 de marzo, por el que se introducen diversas medidas tributarias y administrativas dirigidas a la reducción del déficit público.
RD Ley 16/2012	De 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.
RD Ley 20/2012	De 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.
RD 1723-2012	De 28 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad.
RD Ley 1/2012	De 27 de enero, por el que se procede a la suspensión de los procedimientos de preasignación de retribución y a la supresión de los incentivos económicos para nuevas instalaciones de producción de energía eléctrica a partir de cogeneración, fuentes de energía renovables y residuos.

RD Ley 2/2012	De 3 de febrero, de saneamiento del sector financiero.
RD Ley 17/2012	De 4 de mayo, de medidas urgentes en materia de medio ambiente.
RD Ley 20/2012	De 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.
RD 200-2012	De 23 de enero, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y se modifica el Real Decreto 1887/2011, de 30 de diciembre, por el que se establece la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales.
RD 449-2012	De 5 de marzo, por el que se modifica el Real Decreto 2583/1996, de 13 de diciembre, de estructura orgánica y funciones del Instituto Nacional de la Seguridad Social y de modificación parcial de la Tesorería General de la Seguridad Social.
D 836/2012	De 25 de mayo, por el que se establecen las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera.
RD 1192-2012	De 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.
RD 1364/2012	De 27 de septiembre, por el que se modifica el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad.
RD 1506/2012	De 2 de noviembre, por el que se regula la cartera común suplementaria de prestación ortoprotésica del Sistema Nacional de Salud y se fijan las bases para el establecimiento de los importes máximos de financiación en prestación ortoprotésica.
RD 1675/2012	De 14 de diciembre, por el que se regulan las recetas oficiales y los requisitos especiales de prescripción y dispensación de estupefacientes para uso humano y veterinario.
RD 1721/2012	De 28 de diciembre, por el que se modifica el Real Decreto 187/2008, de 8 de febrero, por el que se establece el procedimiento de integración en la condición de personal estatutario del personal laboral de la Red hospitalaria de la Defensa.
RD 1723/2012	De 28 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad.

Directiva 2012/25/UE	De 9 de octubre de 2012 por la que se establecen los procedimientos de información para el intercambio entre Estados miembros de órganos humanos destinados al trasplante.
Directiva 2012/26/UE	De 25 de octubre de 2012 por la que se modifica la Directiva 2001/83/CE en lo referente a la farmacovigilancia.

2013	
RD Legislativo 1/2013	De 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.
RD 220/2013	De 22 de marzo, por el que se modifica el Real Decreto 1753/1998, de 31 de julio, sobre acceso excepcional al título de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y sobre el ejercicio de la Medicina de Familia en el Sistema Nacional de Salud, fijando el 31 de mayo de 2013 como fecha límite en el plazo de presentación de solicitudes de admisión de los aspirantes al título.
LO 3/2013	De 20 de junio, de protección de la salud del deportista y lucha contra el dopaje en la actividad deportiva.
RD 576/2013	De 24 de julio, por la que se incorporan al ordenamiento jurídico español las Directivas 2010/84/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de diciembre de 2010, sobre farmacovigilancia, y 2011/62/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 8 de junio de 2011, sobre prevención de la entrada de medicamentos falsificados en la cadena de suministro legal, y se modifica la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
Ley 10/2013	De 24 de julio, por la que se incorporan al ordenamiento jurídico español las Directivas 2010/84/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de diciembre de 2010, sobre farmacovigilancia, y 2011/62/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 8 de junio de 2011, sobre prevención de la entrada de medicamentos falsificados en la cadena de suministro legal, y se modifica la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
Ley 19/2013	De 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno.
Ley 21/2013	De 9 de diciembre, de evaluación ambiental.
RD 577/2013	De 26 de julio, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano.

RD 702/2013	De 20 de septiembre, por el que se modifica el Real Decreto 183/2004, de 30 de enero, por el que se regula la tarjeta sanitaria individual.
RD 686/2013	De 16 de septiembre, por el que se modifica el Real Decreto 1345/2007, de 11 de octubre, por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente.
RD 782/2013	De 11 de octubre, sobre distribución de medicamentos de uso humano.
RD 870/2013	De 8 de noviembre, por el que se regula la venta a distancia al público, a través de sitios web, de medicamentos de uso humano no sujetos a prescripción médica.
RD 905/2013	De 22 de noviembre, por el que se establece el título de Técnico Superior en Ortoprótisis y Productos de Apoyo y se fijan sus enseñanzas mínimas.
RD 1049/2013	De 27 de diciembre, por el que se modifica el Real Decreto 187/2008, de 8 de febrero, por el que se establece el procedimiento de integración en la condición de personal estatutario del personal laboral de la Red Hospitalaria de la Defensa.
RD 1050/2013	De 27 de diciembre, por el que se regula el nivel mínimo de protección establecido en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
RD 1051/2013	De 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

2014

RD 81/2014	De 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, y por el que se modifica el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación.
RD 19/2014	De 17 de enero, por el que se refunden los organismos autónomos Instituto Nacional del Consumo y Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición en un nuevo organismo autónomo denominado Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición y se aprueba su estatuto.

RD 177/2014	De 21 de marzo, por el que se regula el sistema de precios de referencia y de agrupaciones homogéneas de medicamentos en el Sistema Nacional de Salud, y determinados sistemas de información en materia de financiación y precios de los medicamentos y productos sanitarios.
RD 227/2014	De 4 de abril, por el que se aprueba el Estatuto de la Agencia de Información y Control Alimentarios.
Unión Europea	RECOMENDACIÓN DEL CONSEJO relativa al Programa Nacional de Reformas de 2014 de España y por la que se emite un dictamen del Consejo sobre el Programa de Estabilidad de 2014 de España.
Unión Europea	Directivas 23, 24, 25 y 36 de contratación.
Unión Europea	Evaluación del Programa Nacional de Reformas de 2014 del Programa de Estabilidad de 2014.
Unión Europea	REGLAMENTO (UE) No 536/2014 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 16 de abril de 2014 sobre los ensayos clínicos de medicamentos de uso humano, y por el que se deroga la Directiva 2001/20/CE.
RD Ley 9-2014	De 4 de julio, por el que se establecen las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos y se aprueban las normas de coordinación y funcionamiento para su uso en humanos.
RD 625/2014	De 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración.
RD 639/2014	De 25 de julio, por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud y se crean y modifican determinados títulos de especialista.
RD 640/2014	De 25 de julio, por el que se regula el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios.
Ley 11/2014	De 3 de julio, por la que se modifica la ley 26/2007, de 23 de octubre, de Responsabilidad Medioambiental.
Ley 35/2014	De 26 de diciembre, por la que se modifica el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social en relación con el régimen jurídico de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.

2015	
RD 69/2015	De 6 de febrero, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada.
RD 183/2015	De 13 de marzo, por el que se modifica el Reglamento de desarrollo parcial de la Ley 26/2007, de 23 de octubre, de Responsabilidad Medioambiental, aprobado por el Real Decreto 2090/2008, de 22 de diciembre.
RD 184/2015	De 13 de marzo, por el que se regula el catálogo homogéneo de equivalencias de las categorías profesionales del personal estatutario de los servicios de salud y el procedimiento de su actualización.
RD 291/2015	De 17 de abril, por el que se modifica el Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
LO 1/2015	De 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
L 4/2015	De 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito.
LO 4/2015	De 30 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana.
RD Ley 1/2015	De 27 de febrero, de mecanismo de segunda oportunidad, reducción de carga financiera y otras medidas de orden social.
Ley 23/2015	De 21 de julio, Ordenadora del Sistema de Inspección de Trabajo y Seguridad Social.
Ley 26/2015	De 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.

Bibliografía y webgrafía

- Abellán, JM.: *El Sistema Sanitario Público en España y sus Comunidades Autónomas. Sostenibilidad y reformas*. Fundación BBVA. 2013.
- Acuerdo Marco para la coordinación sociosanitaria entre los Ministerios de Asuntos Sociales y Sanidad en 1993. Bases para la ordenación de servicios de atención sanitaria a las personas mayores. Ministerio de Sanidad y Consumo. INSALUD, 1994.
- Alonso, P.: *Proyectos de asociación público-privada en el sector salud de América Latina. Experiencias comparadas*. Banco Internacional de Desarrollo.
- Acuerdo parlamentario de 18 de diciembre de 1997 sobre Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud, en el que su apartado n.º 3 se dedica a «Instrumentar alternativas para la asistencia sociosanitaria».
- ANEA. Federación Nacional de Empresarios de Ambulancias. Memoria *Un espíritu, una meta*.
- ANEA. Acceso Internet: www.anea.es/
- Appleby, N.J.; Dunt, D.; Southern, D. M.; and Young, D. 1999. “General Practice Integration in Australia. Primary Health Services Provider and Consumer Perceptions of Barriers and Solutions.” *Australian Family Physician*, 28: 858–63.

- Ararteko Defensoría del Pueblo (2007): *Atención sociosanitaria: una aproximación al marco conceptual y a los avances internacionales y autonómicos*. Informe extraordinario de la institución del Ararteko al Parlamento Vasco.
- Artells, J.J.: *Visión de la crisis de la sanidad pública en España. Análisis prospectivo Delphi*. Fundación Salud, Innovación y Sanidad. 2012.
- Asociación Empresarial de Servicios para la Dependencia. AESTE. <http://www.asociacion-aeste.es/>
- Barnsley, J.; Lemieux-Charles, L.; and McKinney, M. M. 1998. “Integrating Learning into Integrated Delivery Systems”. *Healthcare Management Review*, 23: 18–28.
- *Bases para un modelo de atención sanitaria. Documento para el debate. Dirección General de Planificación Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001.*
- Baxter, C.; Levin, R.; Legaspi, M.M., Bailey, B.E.; and Brown, C.L. 2002. “Community Health Center-Led Networks: Cooperating to Compete.” *Journal of Healthcare Management*, 47: 376– 88.
- Behan, D. *Shaping the future of care together*. HM Government 2009.
- Beland, F; Bergman, H.; Dallaire, L.; Fletcher, J.; Leber, P; Monette, J.; Denis, J.L.; Contandriopoulos, A. P; Cimon, A.; Bureau, C.; Bouvier, L.; Dubois, D. *Évaluation du Système intégré pour personnes âgées fragiles (SIPA): utilisation et coûts des services sociaux et de santé*. Canadian Health Services Research Foundation. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé 2004.
- Beseler Soto, M.A. *Perfil del paciente sociosanitario. Ponencias del XVI Congreso de la SVMEFR*. Benicasim, 29 y 30 de marzo de 2007.

- Bloom, D.E. et. al. *The global economic burden of non communicable diseases*. Geneva. World Economic Forum 2011
- Budetti, P.P.; Shortell, S. M.; Waters, T.M.; Alexander, J.A.; Burns, L.R.; Gillies, R.R.; et al. 2002. “Physician and Health System Integration.” *Health Affairs*, 21: 203–10.
- Burns, L.R. and Pauly, M.V. 2002. “Integrated Delivery Networks: A Detour on the Road to Integrated Health Care?” *Health Affairs*, 21: 128–43.
- Buse, K.; Mays, N.; Walt, G.: *Making Health Policy*. Open University Press. McGraw-Hill Education. 2005.
- Campillo, C.; Bernal, E.: *Reinversión en sanidad: fundamentos, aclaraciones, experiencias y perspectivas*. Gaceta Sanitaria.
- Casado, D.: *A vueltas con lo sociosanitario. Economía y Salud*. Boletín Informativo. Asociación de economía de la salud. Septiembre 2003, nº48
- CEOE. Documento de propuestas a entregar al ministro de Sanidad. Consideraciones más importantes de la Comisión de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad de CEOE.
- CEOE. Posición empresarial de líneas de actuación y propuestas de Colaboración público privada. Comisión de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad de CEOE
- CEOE. Contacto Internet: www.ceoe.es/. <https://twitter.com/ceoe>.
- CERMI: *Plan integral de Salud para personas con discapacidad*. Aprobado el 14-5-2004. Comité ejecutivo del CERMI.
- Clague, C. 2004. “The Integrated Care Network: Bringing the NHS and Local Government Together”. *British Journal of Healthcare Computing & Information Management*, 21: 19–20.

- *Claves para la construcción del espacio sociosanitario en España. Informe de Posicionamiento.* Antares Consulting, 2010.
- Coburn, A.F. 2001. “Models for Integrating and Managing Acute and Long-Term Care Services in Rural Areas.” *Journal of Applied Gerontology*, 20: 386–408.
- Coddington, D.C. 2001. “Integrated Healthcare Is Alive and Well.” *Frontiers of Health Services Management*, 17: 31–40.
- Coddington, D.C.; Fischer, E.A; and Moore, K.D. 2001. “Strategies for Integrated Health Care Systems.” *Healthcare Leadership & Management Report*, 9: 8–15.
- Coddington, D.C.; Ackerman, F.K. Jr.; and Moore, K.D. 2001. “Integrated Health Care Systems: Major Issues and Lessons Learned.” *Healthcare Leadership & Management Report*, 9: 1–9.
- COFARES. <https://www.cofares.es/>
- Comisión Europea (2008): *Long-term care in the European Union.* Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades.
- Confederación Empresarial de Madrid. Boletines informativos (Boletín EEN madri+d).
- Confederación Empresarial de Madrid. Informes y Memorias en www.ceim.es.
- Convenio Marco de Colaboración sobre Atención Sociosanitaria, Salud y Consumo a las Personas con Discapacidad entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Comité Español de Representantes de Minusválidos. Marzo 2001.

- Cookson, R. 2005. "Evidence-Based Policy Making in Health Care: What It Is and What It Isn't". *Journal of Health Services Research & Policy*, 10: 118–21.
- Cordon, M. y Mate, X.: *Ámbitos de colaboración entre la sanidad pública y la sanidad privada*. En Anuario Partners. Instituto de Gobernanza y Dirección Pública. Fundación ESADE. 2011.
- *Criterios de Ordenación de Servicios para la Atención Sanitaria a las Personas Mayores*. Ministerio de Sanidad y Consumo. INSALUD, 1996.
- Daemen P. "Integrated care to meet patients' needs". *Journal of medicine & the person*. September 2005, vol. 3 number.
- DAFNE disponible en <http://www.dafne.uk.com/> (acceso noviembre 2010).
- De Diego García, I. "La coordinación sociosanitaria y la atención a las personas dependientes". *Revista de Administración Sanitaria*. Volumen V. Número 18. Abril/junio 2001.
- Declaración de principio del Consejo de la Unión Europea y de los Ministros de Asuntos Sociales, reunidos en el seno del Consejo, de 6 de diciembre de 1993, con motivo de la clausura del Año Europeo de las personas de edad avanzada y de la solidaridad entre las generaciones (1993)
- Delnoij, D.; Klazinga, N.; Glasgow, I.: "Integrated care in an international perspective". *International Journal of Integrated Care* – Vol. 2, 1 April 2002.
- Deloitte Consulting S.L. *Life Sciences & Healthcare*.
- Deloitte Turismo Médico: Actualización e implicaciones.

- DESMOND disponible en <http://www.desmond-project.org.uk/programmes-271.html> (acceso noviembre 2010).
- Documento de consenso sobre rehabilitación e integración social de las personas con trastorno mental grave. Madrid.
- Documento de la OMS (1987): *Health promotion: A discussion document on the concept and principles*. Supplement to Europe News. Traducido por los autores que figuran en la cita.
- Esparza Catalán, C. (2011). “Discapacidad y dependencia en España”. Madrid, Informes Portal Mayores, nº 108. [Fecha de publicación: 08/04/2011]. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/pm-discapacidad-01.pdf>
- Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015–2020.
- Farmaindustria. Boletines, Memorias e Infografía en www.farmaindustria.es.
- Federación Nacional de Clínicas Privadas. Acceso Internet: www.fncp.es/. Ver también: <https://spaincares.com/es>.
- FEFE. Informe acerca de la evolución del sector de Oficinas de Farmacia a la luz de las últimas reformas legales, de julio de 2015.
- FENIN. *Perfil Tecnológico Hospitalario en España*. Mayo 2014.
- FENIN. *Perfil Tecnológico Hospitalario en España. Sector de Tecnología y sistemas de Información Clínica*. Abril 2015.
- FENIN. Acceso Internet: www.fenin.es/. https://twitter.com/fenin_es
- Friedman, L. and J. Goes. 2001. “Why Integrated Health Networks Have Failed.” *Frontiers of Health Services Management*, 17: 3–28.

- Fundación CASER. Ayudas a la dependencia en España. Situación actual. 2009.
- Fundación Economía y Salud. *100 perspectivas para mejorar el futuro del sector salud. Análisis y líneas estratégicas para mejorar el Sistema sanitario español*. 2015.
- Fundación Economía y Salud. *Evolucionando hacia un modelo sociosanitario de salud. Iniciativas para avanzar en el recorrido*. Noviembre 2013.
- Fundación Economía y Salud. Contacto web: www.fundacioneconomiaysalud.org/ <https://twitter.com/feconomiaysalud>
- Fundación Edad & Vida. Segú, Lluís y del Álamo, Óscar. *Diseño de un modelo integral de mejora de la gestión de los medicamentos y productos sanitarios en residencias asistidas* (2015).
- Fundación Edad & Vida. *Reflexiones para una mejora organizativa de la cronicidad y la dependencia* (2014).
- Fundación Edad & Vida. *Libro Dorado: el envejecimiento en España, retos y oportunidades para la innovación y el emprendimiento* (2013).
- Fundación Edad & Vida. *Modelo de acreditación de servicios de atención a personas mayores en situación de dependencia. Modelo de servicios y condiciones básicas para la acreditación en España* (2012).
- Fundación Edad & Vida. *Las personas mayores en situación de dependencia Propuesta de un modelo protector mixto y estimación del coste de aseguramiento en España*. Premio Edad & Vida 2004 (2006).
- Fundación Edad & Vida. *Posicionamiento de Edad&Vida para un marco regulador en la provisión de servicios y financiación de la dependencia* (2005).

- Fundación Edad & Vida. *Perfil sanitario de las personas ingresadas en centros residenciales* (2015).
- Fundación Edad & Vida. Herce, José A.; Azpeitia, Fernando; Martín, Enrique y Ramos, Ana. *Rol de las aseguradoras privadas en la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público*. 2014.
- Fundación Edad & Vida. 2004.
- Fundación Edad & Vida. Contacto web: www.edad-vida.org/. <https://www.facebook.com>
- Fundación Salud, Innovación y Sociedad. *Desarrollo y Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud*. <http://www.fundacionsis.org/doc>.
- Gil, V; Barrubés, J.; Álvarez, J. C.; Portella, E.: *Sostenibilidad financiera del Sistema sanitario. 10 mediadas estructurales para afrontar el crecimiento del gasto*. Antares Consulting 2010.
- Gillies, R.R.; Zuckerman, H.S.; Burns, L.R.; Shortell, S.M.; Alexander, J.A.; Budettiet, P P al. 2001. "Physician-System Relationships: Stumbling Blocks and Promising Practices." *Medical Care*, 39: 92–106.
- Glendinning, C.; Rummery, K.; Clarke, R.: *From collaboration to commissioning: developing relationships between primary health and social services*. *Br Med J*, 1998; 317:122-5.
- Gobierno de Navarra. *Reordenación del programa atención a personas con trastorno mental grave (T.M.G.)*. Aprobado por el Gobierno de Navarra el 12 de abril de 2010.
- González, B. *La gestión privada de la sanidad pública: ¿una huida hacia adelante?* <http://www.fedeablogs.net>

- Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). Documento de consenso atención al paciente con enfermedades crónicas. Sevilla: ediciones Mergablum. 2011.
- Guillén Llera, Francisco; Ruipérez Cantera, I. *Manual de geriatría*. Editorial Masson S.A. Barcelona, 2002.
- Ham C. *Developing integrated care in the NHS: adapting lessons from Kaiser*. Health Services Management Centre. School of Public Policy. University of Birmingham. Paper May 2010.
- Hardy, B.; Mur-Veeman, I.; Steenbergen, M.; and Wistow, G. 1999. "Inter-Agency Services in England and the Netherlands: A Comparative Study of Integrated Care Development and Delivery. *Health Policy*, 48: 87–105.
- Hawkins, M.A. 1998. "Clinical Integration across Multiple Hospitals: The Agony, the Ecstasy." *Advanced Practice Nursing Quarterly* 4: 16–26.
- *Healthcare Quarterly. All together now*. Vol.13 Special Issue 2009.
- Hébert, R.; Durand, P.; Dubuc, N.; Tourigny, A. "PRISMA: a new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada". *International Journal of Integrated Care* – Vol. 3, 18 March 2003.
- Herrera, E.; Martín, V.; Bello, E.; Muñoz, I.; Sitges, J. "Cuidadores Profesionales en España: Formación, empleabilidad y oportunidades de empleo". *Actas de la dependencia número 1*. Fundación Caser. Marzo 2011.
- Herrera, E. *Retos Inmediatos en Sanidad: La Atención Sociosanitaria*. DS Vol. 13 Num 1, Enero-Junio 2005.

- Herrera Molina, E. (2005). *Abordaje de la atención sociosanitaria en Extremadura, en Plan Marco de atención sociosanitaria en Extremadura. Plan Director 2005-2010. Consejería de Bienestar Social y Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura.*
- Herrera Molina, E. eCLM 2012: *Mesa de Sanidad. Castilla-La Mancha 2010.*
- Hurst, K.; Ford, J. and Gleeson, C. 2002. "Evaluating Self-Managed Integrated Community Teams." *Journal of Management in Medicine*, 16: 463-83.
- IDIS. Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad. Barómetro de la Sanidad Privada 2015.
- IDIS. Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad. *Estudio RESA 2015. Indicadores de resultados en salud de la Sanidad Privada.*
- IDIS. Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad. *Sanidad Privada. Aportando valor. Análisis de situación 2015.*
- IMSERSO. *Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias.*
- IMSERSO (1993): *Plan Gerontológico*, Madrid.
- IMSERSO. *I Plan Nacional de Accesibilidad 2004-2012.* Acuerdo Consejo de Ministros 25-7-2003. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Ley 63/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (2003).
- IMSERSO. *II Plan de Acción para las personas con discapacidad, 2003-2007.* Acuerdo Consejo de Ministros 5-12-2003. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- IMSERSO: *Informe sobre la atención social y sanitaria a las personas con graves discapacidades.* Madrid.

- IMSERSO. *Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria y la Dependencia* 2011.
- IMSERSO. *Plan Gerontológico*. Madrid Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- IMSERSO. *Plan de acción para personas mayores 2000-2005*. Madrid Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- INE. Instituto Nacional de Estadística. (Directorio Central de Empresas, Encuesta Industrial de Empresas y Encuesta sobre innovación en las empresas) y MINECO (Secretaría de Estado de Comercio).
- Informe de la Ponencia especial, constituida en el seno de la Comisión de Sanidad y Asuntos Sociales del Senado, para el estudio de la problemática del envejecimiento de la población española (diciembre de 1999). Informe del Defensor del Pueblo sobre «La Atención Sociosanitaria en España: Perspectiva Gerontológica y otros aspectos conexos». Recomendaciones del Defensor del Pueblo a las Administraciones públicas implicadas e informes de la SEGG y de la AMG (2000).
- Informe del Defensor del Pueblo (2000): «La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos anexos».
- INSALUD (1994). *Bases para la ordenación de servicios de atención sanitaria a las personas mayores*. Madrid, número publicación INSALUD, 1.656. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, 2004.

- Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad. Propuestas de futuro. <http://www.fundacionidis.com/es/informes/propuestas-de-futuro>.
- Jadad, A.; Cabrera, A.; Lyons, R.; Martos, F, Smith, R. *When people live with multiple chronic diseases: a collative approach to an emerging global challenge*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública 2010.
- Kodner, D.L.; Kyriacou, C.K. "Fully integrated care for frail elderly: two American models". *International Journal of Integrated Care*. 2000;1:e08
- Kolbasovsky, A. and Reich, L. 2005. "Overcoming Challenges to Integrating Behavioral Health into Primary Care." *Journal for Healthcare Quality*, 27: 34–42.
- KPMG. *Análisis comparado de la estructura de costes y disponibilidad de los servicios no asistenciales a nivel hospitalario según modelos de gestión. Comparativa de modelos*. Junio 2015.
- Leatt, P; Pink, G.H. and Guerriere, M. 2000. "Towards a Canadian Model of Integrated Healthcare." *Healthcare Papers*, 1: 13–35.
- Leichsenring, K. "Developing integrated health and social care services for older persons in Europe". *International Journal of Integrated Care* – Vol. 4, 3 September 2004.
- Leichsenring, K. "Proporcionar una asistencia sanitaria y social integrada a las personas mayores: perspectiva europea". *Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias*. IMSERSO 2005.
- Leichsenring, K. *Providing integrated health and social care for older persons. A European overview*. European Centre for Social Welfare Policy and Research. June 2003.
- Lindgren, M.: *Scenario Planning. The link between Future and Strategy*. Palgrave Macmillan.2009.

- Longo, F.: "La crisis en el sistema de salud y la colaboración público-privado en el sector salud". En *Anuario Partners*. Instituto de Gobernanza y Dirección Pública. Fundación ESADE. 2011.
- López-Casasnovas, G.: *El interfaz público-privado en sanidad*. Masson 2003.Barcelona.
- López-Casasnovas, G.: *Buscando los términos justos apropiados del debate sanidad pública-sanidad privada*. Fundación Grífols. 2013. Barcelona.
- Mackay, J.; Mensah, G. *The Atlas of health disease*. WHO / Logstrup, S. and O'Kelly, S. *European cardiovascular disease statistics*. 2012 edition. Brussels. Belgium: European Heart Network.
- Maynard, A. (edit.): *The Public-Private Mix for Health*. *The Nuffield Trust*. Radcliff Publishing. Oxford. 2005.
- Martínez-Aguayo, C.; Gogorcena Aoiz, M.A; Regato-Pajares, P. *Bases para la ordenación de servicios de atención sanitaria a las personas mayores*. Instituto Nacional de la Salud. 1994.
- McKinsey & Company, Fundación de estudios de Economía Aplicada (FEDEA). *Impulsar un cambio posible en el Sistema Sanitario*. Disponible en: http://www.cambiosposible.es/documentos/sanidad_cambio_posible.pdf.
- Medicamentos Innovadores. Acceso por Internet. www.medicamentos-innovadores.org.
- MENARINI. *La contribución de la TIC en la optimización del Sistema de Salud y la atención al paciente emergente*. Foro con TIC . *Liderando el cambio hacia una sanidad sostenible y de alta calidad*.
- Meneu, R.: *Variabilidad de las decisiones médicas y su repercusión sobre las poblaciones*. Masson. Barcelona. 2002.

- *Medical Expenditure Survey 2005*. Disponible en <http://www.meps.ahrq.gov> (acceso agosto 2011).
- Miller, J.L. 2000. "A Post-Mortem on Healthcare Integration: An Organizational Development Approach." *Healthcare Leadership & Management Report* 8: 5–15.
- Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. *La Administración Electrónica en las Comunidades Autónomas*. Informe CAE 2013.
- Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. *Metodología de detección de buenas prácticas en el marco de la red de políticas de igualdad*. Enero de 2011.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. *Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud*. Aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 3 de junio de 2009 Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Observatorio de personas mayores. *Boletín sobre envejecimiento. Perfiles y tendencias*, Noviembre 2001.
- National PACE Association. Disponible en: <http://www.npaonline.org/website/article.asp?id=12> (Acceso noviembre 2010).
- NHS GLOBAL: *The search for low cost integrated health care: The Alzira model from the región of Valencia*. Bruselas: The NHS Confederation, 2011 disponible en http://www.nhsconfed.org/Publications/Documents/Integrated_healthcare.

- Nuño Solinís, R. "Exploración conceptual de la atención integrada". En *Curar y Cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía para avanzar*. Barcelona: editorial Elsevier Masson 2008.
- OCDE (1994b): *Protéger les personnes âgées dépendantes*. Nouvelles orientations. París.
- Oliva, J.; Peiró, S.; y Puig-Junoy, J.: "Horizontes de cambio en el Sistema Nacional de Salud: agenda para una reforma sanitaria ordenada". *Economistas*, nº 136. Colegio de Economistas de Madrid. Junio. 2013.
- OMS (2002): «Salud y envejecimiento. Un marco político». *Revista de la SEGG*. Monográfico. Agosto 2002.
- Organización Mundial de la Salud. "Envejecimiento activo: un marco político". *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002;37(S2):74-105.
- Organización Mundial de la Salud. *Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital*.
- Ortún, V. (Dir) "El buen gobierno sanitario". *Springer Healthcare Communications*. Madrid. 2009.
- Ortún, V; Callejón, M.: "La reforma sanitaria". *Papeles de Economía Española* 2012, Nº 133:128-9.
- Papp, K.V; Walsh, S.J.; Snyder, P.J. "Immediate and delayed effects of cognitive interventions in healthy elderly: a review of current literature and future directions". *Alzheimers Dement*. 2009;5: 50-60.
- Peiró, S.; Artells, J.J.; Meneu, R.: "Identificación y priorización de mejoras de la eficiencia en el Sistema Nacional de Salud". *Gac. Sanit* 2011; 25:95-105.
- Peiró, S.; Portella, E.: *El grupo nominal en el entorno sanitario*. Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública. 1993.

- Peñalver, R. (1999). "Atención sociosanitaria". *Revista de Administración Sanitaria*. Madrid.
- Plamping, D.; Gordon, P; Pratt, J. "Practical partnerships for health and local authorities". *Br Med J* 2000; 320:1723-5.
- *Plan de acción internacional sobre el envejecimiento*. I Asamblea Mundial del Envejecimiento. ONU (1982).
- *Plan de Acción para las personas mayores, 2003-2007*. Acuerdo Consejo de Ministros 29-8-2003. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO.
- *Plan de calidad total del INSALUD*. Dirección General de Organización y Planificación Sanitaria. INSALUD. Madrid 199.
- *Plan Gerontológico Nacional (1993)*. En sus Áreas 2 y 3, Salud y Asistencia Sanitaria y Servicios Sociales, establece las primeras bases de coordinación sociosanitaria.
- Porcar Seder, R.M.; Prat Pastor, J.; Andrade Celdrán, X.; Benítez Bermejo, E. *El Sistema Estatal de atención sociosanitaria en el ámbito de la dependencia*. IBV, Asociación para el cuidado de la calidad de la vida (CUIDA) 2009.
- Portalfarma. www.portalfarma.com. Organización Farmacéutica Colegial. La Farmacia Comunitaria en España. 2015.
- PricewaterhouseCoopers. *Healthcast 2020: creando un futuro sostenible*. Health Research Institute de PricewaterhouseCoopers.
- PricewaterhouseCoopers. www.pwc.es. Aportación de valor de las tecnologías en el sector sanitario.
- Primary care trust network. NHS Confederation June 2010 Discussion paper 8. "Where next for health and social care integration?".

- Programa Nacional de Reformas de España 2014, remitido por el Gobierno español a la Comisión Europea. www.mineco.gob.es/sftls/mineco/prensa/noticias/2014.
- *Protéger les personnes âgées dépendantes. Des politiques en mutation.* París. *Etudes de politique sociale*, n.º 19.
- Proyecto de investigación Ges Quality. Disponible en: http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/idi32_07ayudomicilio.
- Puig-Junoy, J.: *La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria*. Informes FRC num1. Fundación Rafael de Campalans. 2007. Barcelona
- Ramírez, R.; Selsky, J.W. and Van der Heijden, K.: *Business Planning for Turbulent Times*. Earthcan. London. 2000.
- Recomendaciones Comisión Sanidad y Asuntos Sociales al Pal 400.000. Madrid, febrero 2015. CEIM (Confederación de Empresarios de Madrid).
- Regato, P, y Sancho, T.: «La coordinación sociosanitaria como eje de actuación en la comunidad», en *Atención domiciliaria. Organización y práctica*, Springer, Barcelona, 1999.
- Regeringskansliet. Government offices of Sweden. *The future need for care. Results from the LEV project*. June 2010.
- Repullo, J.R. “Planificación Sanitaria”, en Lamata F. (ed) *Manual de Administración y Gestión Sanitaria*. Madrid, Díaz de Santos, 1998; 295-321.
- Roberts, M.J.; Hsiao, W.; Berman, P.: *Reich R M Getting Health Reform Right. A guide to improving performance and equity*. Oxford University Press. 2008.

- Robinson, J.C. and Casalino, L.P. 1996. "Vertical Integration and Organizational Networks in Healthcare." *Health Affairs*, 15: 7–22.
- Rodríguez Cabrero, G.; Monserrat Codorníu, J. *Modelos de atención sociosanitaria. Una aproximación a los costes de la dependencia*. IMSERSO 2002.
- Rodríguez, M.; Puig-Junoy, J.: ¿Por qué no hay que temer al copago? *Gaceta Sanitaria*, 26 (1): 78-79. 2012.
- Rodríguez, P. La atención integral centrada en la persona. Principios y criterios que fundamentan un modelo de intervención en discapacidad, envejecimiento y dependencia. *Informes portal mayores*. 106. Noviembre 2010.
- Rodríguez Rodríguez, P; Sancho Castiello, M.T.: «Nuevos retos de la política social de atención a las personas mayores. La situación de fragilidad». *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 1995; 30 (3): 141-152.
- Rogers, A. and Sheaff, R. 2000. "Formal and Informal Systems of Primary Healthcare in an Integrated System: Evidence from the United Kingdom." *Healthcare Papers*, 1: 47–58.
- Ruipérez, I.; Midón, J.; Gómez-Pavón, J.; Maturana, N.; Gil, P; Sancho, M., y Macías, J.F.: «Nivel de adecuación de los recursos geriátricos en los hospitales generales españoles». *Revista Española de Geriatría y Gerontología*. 2003, 38: 281-288.
- Ruiz Ferran, J.: El seguro médico privado en la Unión Europea. *Ars Medica. Revista de Humanidades* 2008.
- Ruiz Olabuenaga, J.I.: *Metodología de la investigación cualitativa*. Universidad de Deusto 2003.

- Sancho Castiello, T.; Rodríguez Rodríguez, P: «Política social de atención a las personas mayores». *Gerontología Conductual*, vol. I, Ed. Síntesis (1999).
- Sanitaria 2000. *Documento base para la atención sociosanitaria*.
- SEGG (2000): Geriátría XXI. «Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España».
- Shortell, S.M.; Gillies, R.R.; Anderson, D.A.; Erickson, K.M. and Mitchell, J.B. 2000. “Integrating Health Care Delivery.” *Health Forum Journal*, 43: 35–9.
- Stewart, A., Petch, A. and Curtice, L. 2003. “Moving towards Integrated Working in Health and Social Care in Scotland: From Maze to Matrix.” *Journal of Interprofessional Care* 17: 335–50.
- "Stumbling Blocks and Promising Practices.” *Medical Care* 39: 92–106.
- Surowiecki, J.: *The Wisdom of Crowds. Why the Many Are Smarter than the Few and How Collective Wisdom Shapes Business, Economies, Societies and Nations*. Random House. 2004.
- Tortosa-Chuliá, M.A. Jornada debate: coordinación sociosanitaria una necesidad ineludible. Cáceres 2009. Observatorio Estatal de la Discapacidad.
- UNESPA. Asociación Empresarial del Seguro. Memoria Social del Seguro 2014.
- UNESPA. Asociación Empresarial del Seguro. Acceso Internet: www.unespa.es. <https://twitter.com/unespa>.
- Van de Ven, A.H.; Delbecq, A.L.L.: *The nominal group as a research instrument for exploratory health studies*. Am J Publ Health.

- Wan, T.; Ma, A.; Lin, B. "Integration and the performance of healthcare networks: do integration strategies enhance efficiency, profitability, and image?". *International Journal of Integrated Care* – Vol. 1, 1 June 2001.
- Wilson, B.; Rogowski, D. and Popplewell, R. 2003. "Integrated Services Pathways (ISP): A Best Practice Model". *Australian Health Review*, 26: 43–51.
- World Economic Forum Sustainable Health Systems. "Visions, Strategies, Critical Uncertainties and Scenarios". *Health Care Industry* prepared in collaboration with McKinsey & Company. January 2013.

ceoe

CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE
ORGANIZACIONES EMPRESARIALES