

COMISION PARA LA RECONSTRUCCION SOCIAL Y ECONOMICA

GRUPO DE TRABAJO SANIDAD Y SALUD PÚBLICA

INDICE

- INTRODUCCION. El IDIS. El sector privado

- ANTECEDENTES. El sistema sanitario ante la crisis por el Covid 19. La necesidad de reconstruir nuestro sistema sanitario

- PROPUESTAS
 - Financiación del sector sanitario público
 - La cobertura del Sistema sanitario público. La equidad.
 - Digitalización del sistema sanitario público
 - Transparencia del sistema sanitario. Los resultados sanitarios
 - Una Agencia Nacional de Salud Pública
 - El control del Estado. La gobernanza
 - Impulsar el papel de los profesionales. La enfermería
 - La corresponsabilidad ciudadana. Las asociaciones de pacientes.
 - Fomentar la Investigación, el desarrollo y la innovación. El acceso a las terapias innovadoras y a los recursos tecnológicos
 - Renovar la confianza en las relaciones entre el sector público y el privado

Señora Presidenta, señorías, buenas tardes.

Me gustaría iniciar esta comparecencia agradeciendo la posibilidad de poder concurrir hoy aquí en representación de la sanidad privada y teniendo un sincero recuerdo para todos los fallecidos y sus familiares por esta terrible pandemia y en especial para todos los sanitarios.

INTRODUCCION - ¿Qué es IDIS?

El Instituto para el desarrollo y la integración de la Sanidad es una institución que agrupa más de 90 empresas del sector Salud, puesta en marcha por los principales agentes del sector sanitario privado, grupos hospitalarios, aseguradoras y empresas de la industria farmacéutica y tecnológica, que nace con la intención de promover la mejora continua de nuestro sistema sanitario, fomentando la integración y la normalización en el mismo del sector privado y sus experiencias.

El sector sanitario privado participa en el sistema sanitario de dos formas: Como elemento suplementario/complementario a la cobertura pública, a través de la financiación privada de los usuarios de un seguro de salud, o por el pago directo y a través de diferentes modelos de colaboración público-privada.

1 – Asistencia sanitaria privada

Representa el 65% de la actividad del sector. En nuestro país existen 9 millones de personas que tienen, de forma suplementaria a la cobertura sanitaria pública, un seguro privado de Salud. Un 19% de la población co-paga voluntariamente un seguro que descarga al sector sanitario público de una cantidad que va desde los 591 euros al año a los 1291 euros en función del uso – parcial o total – que realice en las infraestructuras privadas o en las públicas. Aplicando el ahorro mínimo de 591 euros por los 9 millones de asegurados totaliza 5319 millones de euros que es más que los presupuestos de gasto sanitario público de Asturias, Aragón y Baleares juntos. Además, a través del modelo de aseguramiento privado, libera recursos sanitarios públicos porque en el sistema sanitario privado, sin contar con la actividad que se desarrolla en los modelos de colaboración público-privados, se realiza el 23% de las altas hospitalarias, el 30% de las intervenciones quirúrgicas o el 25% de las urgencias totales de nuestro país.

Hay más de 450 hospitales privados en nuestro país y más de 51.000 camas de hospitalización, y una prueba de su relevancia es el papel que ha desempeñado en esta crisis sanitaria tratando más del 20% de los ingresos en planta por Covid y el 15% de los ingresos en UCI.

2- Colaboración público - privada

Representa el 11% del gasto sanitario público y, apenas, el 15% de la facturación del sector sanitario privado. El sector sanitario privado colabora con el sector público a través de diferentes fórmulas de colaboración como:

- El mutualismo administrativo en donde el 85% de los funcionarios y sus familias eligen voluntariamente la asistencia sanitaria privada como servicio sustitutivo a la asistencia pública con un coste per cápita medio inferior al 38% del coste per cápita en el SNS -883 Euros/años frente a 1224 Euros/año -, porque las aseguradoras asumen todos los costes sanitarios de los pacientes, los consuman en el sector privado o en el sector público.

- Los conciertos para contemplar servicios que no presta la Sanidad Pública en determinadas CCAA (transporte sanitario o la diálisis), o para la disminución de las listas de espera y,
- Las concesiones administrativas. Fórmulas de gestión privada de la Sanidad Pública habilitadas a raíz de la Ley 15/1997 de habilitación de nuevas formas de gestión del SNS que del mismo modo, según muchos informes insoslayables, lo hacen con un coste un 25% inferior que el coste per cápita del sistema público tradicional y con altísimos niveles de satisfacción.

En total y según las cifras del 2018 el gasto sanitario privado de nuestro país representó el 2,6% del PIB (30% del total) y el público el 6,3% del PIB, para sumar un total conjunto del 8,9%, cifra muy por debajo de la media de la OCDE que es del 10,1%.

ANTECEDENTES

Esto es un grupo de trabajo para la reconstrucción de nuestro sistema sanitario. ¿Pero qué ha pasado para que nos hayamos llegado a tener que replantear su reconstrucción?

Primero me gustaría precisar que allí donde la pandemia no llegó con suficiente intensidad y dio tiempo a implantar las medidas de confinamiento precozmente no ha habido ningún problema de saturación del sistema sanitario. Por el contrario, allí donde no dio tiempo, en Madrid, Barcelona y en ambas Castillas, la pandemia se expandió de forma libre y el sistema se vio absolutamente desbordado por el acúmulo de pacientes graves que de forma brusca que necesitaron cuidados críticos.

Esto es importante precisarlo porque lo que se ha producido aquí es una crisis de salud pública y, por tanto, la primera y principal medida que se debería de tomar para que esto no vuelva a ocurrir es desarrollar la Ley General de Salud Pública promulgada en el año 2011. Con un sistema de alertas y vigilancia epidemiológica adecuado podemos sufrir una pandemia, pero se puede evitar la saturación de los servicios sanitarios como ha pasado en esta ocasión y los miles de fallecimientos que no tenían que haber ocurrido.

Pero sin duda toca hablar de rehacer o reconstruir nuestro sistema de asistencia sanitaria porque ya antes de la crisis mostraba clarísimos signos de agotamiento que, por cuestiones de intereses políticos, no se han querido afrontar y que han contribuido a que los devastadores efectos de la pandemia se hayan agravado. Así, las dificultades en la accesibilidad al sistema de Salud – en forma de listas de espera -, la falta de equidad entre CCAA para el acceso a nuevos tratamientos o tecnologías, la falta de la promoción de la investigación, el aislamiento o abandono del sector socio-sanitario y la dependencia y la falta de colaboración directa con el sector privado, colaboración que si que es verdad que durante esta crisis se ha realizado al 100% con absoluta normalidad en algunas CCAA y evidente éxito en su funcionamiento, son males que ya existían antes del Covid en nuestro sistema sanitario y que, eso sí, con la pandemia se han mostrado en su máxima expresión.

Es decir, tenemos o teníamos un serio problema, antes del Covid, de atención sanitaria y social porque, el sistema que dejamos antes de la crisis del año 2008, se ha ido quedando pequeño y anticuado, según ha ido aumentando la demanda por el envejecimiento y la cronificación. Además, por motivos puramente políticos o ideológicos, por una parte se ha enarbolado la bandera de que teníamos el mejor sistema sanitario del mundo – en base a algo tan simplista como que tenemos una de las mayores esperanzas de vida del mundo cuando sólo el 10% de la misma depende del sistema sanitario -, y por tanto ¿Porqué hay que hacer algo? y por otra parte, se permitía el lujo de no querer saber nada del sector sanitario privado que, al contrario, en todos estos años ha seguido creciendo y sobre todo invirtiendo en innovación tecnológica construyendo un sistema paralelo al sistema público con el que ya compite en calidad y complejidad. Cuanto mejor le iba al sector privado menos se ha querido saber de él y más se le ha culpabilizado de los males que aquejaba el sector público.

Así pues y dado que esto es una Comisión para la reconstrucción del sistema sanitario y la salud pública y de acuerdo con nuestro objetivo de tratar de contribuir a tener el mejor sistema sanitario posible, primero me adelanto a decir que:

- Estamos aquí sin abrazar ninguna ideología concreta, ni partido político alguno.
- Todos queremos un sector sanitario público fuerte, que dé la mejor asistencia sanitaria posible a los ciudadanos.
- Todos queremos un sistema sanitario universal, con los máximos niveles de accesibilidad y equidad y con el máximo nivel de coberturas tanto en cartera de servicios como en prestaciones.
- Entendemos que en este entorno es posible y es bueno, la existencia de una sanidad privada que eligen los ciudadanos de manera voluntaria para quien desea una atención más personalizada y que debe de estar funcionando de manera coordinada con la Sanidad Pública, integrada en torno a la figura del paciente y con un marco estable de colaboración entre ambas partes que sea beneficioso para todos.
- Por último y esto es importante que se entienda. Al sector sanitario privado no le interesa que le vaya mal al sector público. Al contrario, mientras el sector público tiene que dar una oferta equitativa a todo el mundo, la base de nuestro sentido es la atención personalizada. Nosotros queremos la mejor sanidad pública porque no pretendemos sustituirla si no dar un servicio diferente, cuando lo quiera el ciudadano, o se necesite complementarla como hemos hecho durante esta pandemia o hacemos para contribuir a solucionar las listas de espera

Por tanto, nuestras PROPUESTAS serían:

1 – Es imprescindible incrementar **la financiación** sanitaria pública, como mínimo al nivel del resto de países de nuestro entorno e idealmente, en el orden de 2 puntos del PIB (precovid) a fin de recuperar y compensar lo perdido desde la crisis del 2008 a las nuevas circunstancias demográficas y sanitarias de la población actual e incluir como parte de un todo la financiación de los servicios socio-sanitarios y la dependencia. No debe de haber solución de continuidad en el ciclo de vida del paciente desde que nace hasta que fallece.

Obviamente la gestión de la asistencia sanitaria debe de estar transferida a las CCAA, pero debe de ser dentro de un marco en el que, en mi opinión, se dote una financiación finalista para la Salud – a través, por ejemplo, de un modelo cápita por ciudadanos y año -, según criterios de eficiencia clínica. Se debe de establecer el sistema para que el sector sanitario participe, de

alguna forma, en las decisiones sobre la financiación de la Sanidad Pública y no que este todo en manos de las Consejerías de Hacienda o en el Consejo de Política Fiscal.

2- Hay que definir realmente, en función de la financiación que podamos aportar al sistema, que **servicios y prestaciones** podemos garantizar a la ciudadanía de forma equitativa y hay que introducir el factor tiempo para priorizar procesos graves de procesos leves porque ¿Cuál es la lista de espera óptima para un juanete?, lo que esta claro es que para un cáncer de pulmón debe de ser la atención inmediata. Hay que reevaluar estas coberturas con la colaboración de las sociedades científicas y las asociaciones de pacientes que deben de tener un papel protagonista en el ámbito de decisión de las diferentes estructuras sanitarias. En cualquier caso y para garantizar la equidad, las coberturas deben de estar definidas por el Ministerio y debe de ser igual en todas las CCAA. Las coberturas sanitarias no pueden regirse por el principio de mínimos y que luego cada CCAA las amplíe como considere porque eso va contra la igualdad en los servicios recibidos.

3- Es imprescindible llevar nuestro sistema sanitario al siglo XXI, para lo que hay que generar un sistema de identificación de los ciudadanos único y válido para todos los territorios y para todas las instituciones del sector con independencia de su nivel de atención y de su titularidad. Además es preciso promover de forma obligatoria **la digitalización** de todas las estructuras sanitarias con independencia de su nivel de actuación y su financiación en torno a los pacientes y a las personas que son las realmente protagonistas de este tipo de servicios por encima de intereses políticos, profesionales o empresariales.

Debe existir, en definitiva, una historia clínica única interoperable que dé continuidad asistencial a los pacientes con independencia de los diferentes niveles de atención y con independencia de si las instituciones son públicas o privadas para evitar duplicidades e ineficiencias.

4- Si no mides no puedes mejorar. Hay que promover la transparencia del sistema fomentando la publicación obligatoria de **resultados e indicadores sanitarios** y en función de estos elaborar un mapa de realización de procesos en los centros en función de efectividad en los resultados sanitarios y siguiendo criterios de eficiencia clínica. No puede ser en función de criterios políticos.

5- Como he dicho al principio, hay que desarrollar la Ley General de salud pública y poner en marcha la **Agencia estatal de Salud Pública**, promovida por el Estado y las CCAA, que coordine y controle tanto las medidas de Salud Pública (vigilancia epidemiológica y control de enfermedades), como las medidas de prevención contra los factores de riesgo de la población o el control de la calidad asistencial y el acceso a los recursos de forma equitativa. Una Agencia de Salud Pública que tiene que dotarse de medios y que debe de estar en constante relación y coordinación con las autoridades autonómicas pero que debe de ser la máxima autoridad con respecto a estas materias.

Hay que diseñar un protocolo de actuación específico ante la notificación de alertas internacionales o nacionales con la intención de clarificar, sin género de duda, la coordinación entre el Estado y las CCAA de todas las medidas y procesos necesarios para afrontar la crisis desde el principio.

6- **Las CCAA** deben de gestionar su Sanidad en base al cumplimiento de unos indicadores definidos por parte del Estado con el control y la supervisión de su cumplimiento a través de la

Alta Inspección del Estado o alguna otra Agencia que se creé ad hoc, la cual tiene que tener capacidad sancionadora. Entre no poder hacer nada y aplicar el artículo 155, deben existir posibilidades intermedias.

Debe existir y potenciarse el Fondo de Cohesión Interterritorial para los casos de procesos que se tengan que financiar directamente desde el Estado porque su excepcionalidad no permite que se pueda realizar en todas las CCAA. Del mismo modo se debe establecer un fondo específico para el desarrollo e implementación de medidas de alcance nacional y relacionado con las nuevas tecnologías (IA, telemedicina, etc.)

7- Se debe impulsar el papel de **los profesionales**, los cuales deben de ser considerados a los efectos de la planificación y organización del sistema a través de las diferentes sociedades científicas. Se debe fomentar la estabilidad laboral de los profesionales del sector público y establecer mecanismos de reconocimiento del esfuerzo, el mérito o la formación continuada. En mi opinión sería bueno habilitar un órgano central que ayude y apoye a las CCAA en la gestión de las políticas de RRHH y que impida que compitan entre ellas para llevarse a los profesionales y se tendría que actualizar y homogeneizar la Ley de incompatibilidades para que aquel profesional que quiera, fuera de su horario laboral, trabajar en el sector privado pueda hacerlo si lo desea. Competir entre el sector público y el privado por los profesionales es una pérdida de oportunidad para los dos.

Por otra parte, todos los actores sanitarios, tras la entrega profesional de todo el sector ante esta crisis sanitaria junto el riesgo que vienen asumiendo en esa dedicación, deben recibir una respuesta consecuente por parte de las Administraciones y del Gobierno, en el tratamiento de su dedicación profesional al Covid-19. Así, es obligado y justo, la calificación como enfermedad profesional de la situación de contagio para todos estos profesionales, que no solo tiene como único propósito la correcta calificación jurídica, sino, además, derivar hacia aquellos las consecuencias prestacionales correspondientes en el terreno económico y en el asistencial.

Merece una especial mención, por lo que hemos padecido en esta crisis, la necesidad de incrementar el número de enfermeras – España es uno de los países de nuestro entorno con menor ratio de enfermeras/100 mil hab -, así como su capacitación y especialización. En especial las de los servicios especiales (Uci y quirófanos) y las de la atención comunitaria para potenciar los servicios de Atención primaria y la asistencia y seguimiento domiciliario.

Para acabar este punto, a los efectos de simplificar la judicialización de la Medicina, con el desgaste que supone para los profesionales, la frustración para los pacientes y la dificultad para los jueces, se deben implementar los procesos de resolución extrajudicial de conflictos de responsabilidad sanitaria y el baremo de daños sanitarios. Ambos mecanismos permitirían una pronta y justa solución en más del 70% de los casos.

8- Se debe de establecer un plan de comunicación a la población para formarles en el mejor uso y las limitaciones del sistema sanitario y conseguir **la corresponsabilidad de los ciudadanos** en el manejo y cuidado de su Salud. Debe promoverse la presencia de los representantes de los pacientes en los órganos de decisión sobre cuestiones que afecten al sistema, dado que son sus principales clientes y usuarios y deben de comprometerse con la Sociedad a través de tareas de formación del cuidado de la Salud y del uso responsable de los recursos sanitarios. No es admisible que la gente coja una cita y no acuda sin avisar, por poner un ejemplo.

9- Es imprescindible fomentar todo tipo de medidas que promuevan **la Investigación y el Desarrollo** en nuestro país, primero para poder ser foco de atracción de profesionales

cualificados y segundo para no tener que depender, tanto, de lo que hagan terceros países. Un país avanzado no es el que innova, un país que usa la innovación como motor de desarrollo es un país avanzado y hacer muchos ensayos es, sin duda alguna, un síntoma de la calidad y el compromiso de nuestros profesionales, e incluso una forma de ahorro para los hospitales porque lo financia la industria, pero no deja de ser un sistema de servicios y no una verdadera industria. Hay que favorecer las empresas que apuestan e innovan para generar riqueza industrial alrededor del sistema sanitario.

Se debe de establecer un plan que agilice y simplifique el acceso a la innovación farmacéutica de una forma equitativa para toda la población y realizar un mapa nacional de recursos tecnológicos tanto públicos como privados para diseñar un plan “renove” del parque tecnológico en función de criterios sanitarios y demográficos que permita disponer un sistema sanitario debidamente modernizado, que dé las máximas prestaciones a la población y garantice su acceso a los recursos de la totalidad del sistema.

Para finalizar este punto, a la vista de lo acontecido, resulta obvio que debemos de tener capacidad de producir en nuestro país determinados productos básicos (mascarilla, guantes, respiradores, etc) para poder atender situaciones como la vivida sin tener que depender de terceros. Y puestos a pedir cosas con sentido, habría que tratar de que tuviéramos la posibilidad de fabricar nuestras propias vacunas.

10- Finalmente, se debe de renovar, recíprocamente, la confianza en **las relaciones entre el sector público y el privado**. El sector privado aporta un papel que no solo pretende obtener beneficios económicos. Esto me gustaría dejarlo claro, de una vez por todas, y se ha podido comprobar en esta crisis. Ha quedado patente que más que priorizar los resultados económicos, pretende también aportar valor a la sociedad, pero ya no somos una pequeña red de sanatorios para hacer cirugía plástica o partos, o hacer exclusivamente listas de espera de procesos simples. La realidad es que el sector sanitario privado aporta más del 30% de unos recursos que, desde el punto de vista asistencial, funcionan de manera aislada o paralela, cuando los datos demuestran que durante los años de la crisis económica, como dije en mi introducción, no sólo no ha seguido creciendo e invirtiendo si no que se ha consolidado como un sector clave en cuestiones tales como la innovación tecnológica o su aportación a la investigación.

En nuestro país, hemos combinado el orgullo de tener una sanidad universal que es capaz de garantizar que todas las personas puedan tener una sanidad gratuita y de calidad, con la intolerancia al debate sobre la mejor forma de alcanzar esos objetivos e introduciendo como único argumento sospechas sobre la cualificación y verdaderas intenciones de los trabajadores y empresas del sector privado cuando asisten a un paciente a través de un sistema de aseguramiento privado. Esta actitud excluyente supone eliminar del planteamiento a los más de 10 millones de personas que han elegido libremente pagar una asistencia sanitaria privada basada en el aseguramiento así como a cientos de miles de trabajadores y recursos sanitarios. Incluso supone despreciar los miles de millones de impuestos generados por una buena gestión empresarial que terminan acabando en las arcas públicas. Y, además, genera una hipocresía manifiesta dado que muchos de los grandes críticos de nuestra actividad empresarial disfrutaban de los beneficios que aporta frente a los 36 millones de españoles que no pueden acceder a ella.

La realidad es que la colaboración público privada se produce desde siempre, se reconoce desde los principios de nuestra democracia en la Ley General de Sanidad del año 1986 y se viene dando, con distinta intensidad, en todas las CCAA con todo tipo de partidos políticos, pero se debe de promover un marco estable de colaboración entre el sector público y el privado para los

conciertos de las listas de espera que garanticen tanto la accesibilidad a los servicios, como a las prestaciones a los ciudadanos allí donde el sistema público no llegue a dar dicho servicio y de seguridad jurídica al sector. Debemos de recuperar la confianza mutua.

Del mismo modo y hablando del mantenimiento o la promoción de sistemas de colaboración público privada, creo que habría que tratar de mantener, potenciar y promover el modelo de las mutualidades administrativas que tanta satisfacción crea entre los funcionarios y que es un derecho reconocido históricamente desde los tiempos de los montepíos mucho antes del siglo XX y que por cierto fue ratificado por parte del partido socialista en la Ley General de Salud Pública del año 2011.

Como he dicho al principio de mi intervención, por cada uno de los 9 millones de personas que tiene un seguro de salud voluntariamente, gasta un importe que ahorra una cantidad mínima de 591 euros a las arcas públicas. Esta cantidad, da margen para fomentar la implementación de mecanismos de ayuda fiscal para que la población que pueda se haga un seguro y deje un espacio en la cola a aquel que no pueda permitírselo. La existencia del sector privado hay que normalizarla definitivamente; la provisión sanitaria pública no es suficiente para absorber la demanda sanitaria de la población – de la socio-sanitaria, ni hablamos - y cuanto menos se ha querido saber del sector privado, mejor le ha ido a éste y peor al sector público. En estos días he podido comprobar como algunos ponentes pedían eliminar las desgravaciones fiscales a los seguros de salud para los empleados de las empresas. Me gustaría llamar la atención sobre esto, primero, porque a través de esta fórmula acceden a los servicios sanitarios privados más de tres millones de ciudadanos, segundo porque es el beneficio social mas apreciado por parte de los trabajadores y tercero porque los que lo plantean, supongo que caerán en la cuenta de lo que va a suponer en forma de más colapso para un sector público saturado y, por supuesto, de pérdida de puestos de trabajo por el cierre directo de decenas de centros sanitarios privados. Por cierto, que lo mismo pasaría si se replanteara la continuidad de las mutualidades administrativas, modelo ya de por si en riesgo por su más que clara y denunciada infra financiación, afectando en estos casos sobre todo a provincias y contribuyendo con ello al cierre de los hospitales y todo el negocio indirecto que generan a su alrededor. El sector privado asistencial emplea casi 300 mil puestos de trabajo directos cualificados en nuestro país cuyo concurso y normalización en el sistema sanitario puede ser beneficioso tanto para las administraciones, como para los pacientes y el propio sistema sanitario público.

Por último y a los efectos de esta comisión creo que se debería promover de una vez el PACTO por la Sanidad que desde hace tanto tiempo les reclama la Sociedad para tratar estos y otros asuntos, contando y despolitizando el papel del sector privado, que ha demostrado su predisposición a aportar valor por encima de sus propios intereses empresariales en esta terrible crisis del Covid 19 que nos ha asolado.

Por todo esto, para acabar, me atrevo a decir que la transformación profunda de nuestro sistema sanitario, no es una opción. Es una necesidad que se ha convertido en una obligación, sobre todo desde la posición en defensa del sector público que todos apoyamos y defendemos.

Muchas gracias señorías.

Juan Abarca Cidón

Presidente de IDIS



Instituto para el Desarrollo
e Integración de la Sanidad