

EL LIBRO BLANCO DE LA **SANIDAD**

Resumen ejecutivo

ceoe

CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE
ORGANIZACIONES EMPRESARIALES

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

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 “bioemprendeduría” 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 dissociarse 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 socio-rehabilitador 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.

ceoe

CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE
ORGANIZACIONES EMPRESARIALES