



# El pacto de investidura: ¿El comienzo de las reformas sanitarias en España?

**SANTIAGO DE QUIROGA**

Editor de EDS.

Las reformas sanitarias tienen hoy día un fuerte consenso en la necesidad de acometerlas, pero también cuentan con el acuerdo general de su dificultad para llevarlas a cabo, hasta ahora. Por primera vez desde la instauración de la democracia con las elecciones generales de Junio de 1977, se ha producido un Pacto de Gobierno firmado de manera transparente por dos partidos con una amplia representación parlamentaria, aunque sin mayoría absoluta. El Partido Popular y Ciudadanos han rubricado un documento que contiene nueve compromisos sanitarios, algunos de los cuales pueden contar con el apoyo del Grupo Socialista en el Congreso. Se abre un periodo de cambios en la sanidad.

**KEY WORDS:** reformas sanitarias, listas de espera, enfermedades raras, gasto público sanitario, PIB, indicadores sanitarios, transparencia, CSUR, dependencia, e-salud, tecnología sanitaria, precariedad laboral sanitaria.

## INTRODUCCIÓN

El pasado 28 de Agosto de 2016 el Partido Popular y Ciudadanos firmaron un documento llamado “150 compromisos para mejorar España” y rubricado por los portavoces del Congreso de los diputados respectivos, Rafael Hernando y Juan Carlos Girauta. Una comisión compuesta por representantes de cada partido fue la responsable de facilitar el acuerdo en las diversas materias, siendo la sanitaria abordada en el bloque II denominado “Sociedad del bienestar y conocimiento”. Resulta de interés analizar en detalle el enunciado de dicho documento en cuanto a los compromisos sanitarios que establece, y explorar las consecuencias, viabilidad e implicaciones de los mismos. Además, el hecho de que la actual ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Dolors Montserrat, haya sido parte del equipo de negociación de estos compromisos, puede fortalecer el interés adicional por el especial cumplimiento de los objetivos sanitarios y sociales planteados. Por otro lado, el presidente de Ciudadanos, Albert Rivera, ha afirmado, tras la investidura que facilitó su grupo parlamentario, que en seis meses propondrá que una comisión mixta realice un seguimiento de los compromisos firmados, insistiendo en la necesidad de llevarlos a cabo sin demora. Este artículo pretende analizar también el potencial cumplimiento en el tiempo de los compromisos sanitarios.

### Autor para correspondencia:

Santiago de Quiroga  
mail: squiroga@wecare-u.com



En Agosto de 2016, los portavoces en Congreso de los Diputados del PP y de C's, Rafael Hernando y Juan Carlos Girauta, firman el Pacto de Investidura bajo el nombre "150 compromisos para mejorar España". El pacto incluye 8 compromisos relacionados con la sanidad.

### LAS ÁREAS SANITARIAS PRIORITARIAS DEL PACTO PP-CIUDADANOS

No son las más relevantes en su totalidad, a juicio de algunos expertos sanitarios, pero muchos de los compromisos del Pacto son aspectos que se han debatido con insistencia durante años. Es general el acuerdo de que el Sistema Nacional de Salud (SNS) requiere de reformas, pero priorizar las mismas es otra tarea de gran complejidad. A pesar de ser tan sólo nueve puntos sanitarios más una llamada a la muerte digna sin abordar la eutanasia, se trata de aspectos que pueden influir de manera notoria en la sanidad en la presente legislatura. Además, existen compromisos en otros bloques del documento, más allá de los cinco que agrupa el mismo,

que pueden incidir directamente en la sanidad.

Los compromisos se encuentran descritos bajo el título de "Sistema Nacional de Salud" e incluyen los numerados del 44 al 52 que podemos agruparlos en los siguientes:

- Universalidad de la asistencia sanitaria y prestaciones.
- Enfermedades raras y medicamentos huérfanos.
- Gasto público sanitario.
- Listas de espera.
- Transparencia de los indicadores sanitarios.
- Profesionales sanitarios y situación contractual.
- Afectados por talidomida.
- Mejora de los servicios rurales sanitarios.
- Impulso de la tecnología sanitaria e impulso de la e-salud.

### DOTACIÓN PRESUPUESTARIA ESCASA

El Pacto recoge y acepta los principios de estabilidad presupuestaria y establece gastos para los compromisos propuestos, que en materia sanitaria se reduce a 9 compromisos, algunos de gran calado y complejidad. Sin embargo, la ejecución de muchos de los puntos sanitarios puede realizarse, a pesar de no estar dotados de presupuesto, con la voluntad política del ejecutivo, el consenso y la coordinación que debe ejercer el Ministerio, dando al Consejo Interterritorial de Salud del SNS (CISNS) el papel de foro de discusión y acuerdo.

El documento en su conjunto presenta un anexo con la dotación presupuestaria para los 150 compromisos del Pacto. En el mismo incluyen fórmulas para obtener ingresos adicio-

nales por valor de 5.000 millones de euros en los PGE de 2017, ingresos que se destinan a las medidas de los compromisos del Pacto. Tan sólo el apartado H de dicho anexo hace mención a la dotación presupuestaria sanitaria. Se trata de la cantidad de 100 millones de euros para los años 2017 a 2020 (400 millones de euros), dirigida a abordar la circulación de pacientes con enfermedades raras, el tratamiento con medicamentos huérfanos y la creación de los llamados CSUR (centros, servicios o unidades de referencia del SNS). En la actualidad existen 227 CSUR en España, y un nuevo reto es también facilitar la movilidad de los pacientes que son atendidos en estos centros, servicios o unidades, asegurando la financiación de los existentes y facilitando el acceso a los medicamentos huérfanos. Pacientes y compañías, a través de FEDER<sup>1</sup> y AELMHU<sup>2,3</sup>, han puesto de manifiesto problemas de acceso<sup>4</sup> a la asistencia y tratamientos de personas con enfermedades poco frecuentes.

La sensibilidad hacia colectivos específicos e infrecuentes ha sido puesta de manifiesto en el Pacto, tanto a través del impulso de nuevos CSUR para enfermedades raras como en las compensaciones propuestas al colectivo de afectados por talidomida. Por empezar por lo más sencillo, los afectados por talidomida tan sólo requieren de la apertura de nuevo del registro del Instituto de Salud Carlos III para su identificación, y definir una pensión mensual compensatoria por parte del estado. Algunos afectados recibieron pagos únicos por parte de la administración española o ayudas de entidades privadas relacionadas con la compañía comercializadora. Una adecuada protección y respuesta es lo que el Estado debe llevar a cabo. La comisión de sanidad del Congreso de los



diputados aprobó, en la corta legislatura precedente, una Proposición No de Ley en relación a los afectados por talidomida que debería facilitar tanto el proceso de identificación como las ayudas a percibir. Se trata de un colectivo reducido que sufrió las consecuencias de su afectación desde la comercialización de talidomida, en Junio de 1959 hasta Mayo de 1962, cuando el Gobierno prohíbe los productos que contenían el medicamento teratogénico.

En cuanto a la movilidad de pacientes y centros de referencia, la creación de los CSUR viene desarrollada en el RD 1302/2006 de 10 de noviembre, que establece la designación y acreditación de los centros de referencia que dan servicio al SNS. El ministerio deberá encontrar algún aliciente para motivar a las Comunidades Autónomas (CC.AA.) que mantienen quejas por la ausencia de pagos y fondos para los CSUR que se encuentran en funcionamiento. En mayo de 2016 Madrid posee 68, Cataluña, 67 y Andalucía 28. La propuesta del Pacto, como se ha comentado, son recursos adicionales para la movilidad de pacientes entre CC.AA. a través de los CSUR por importe de 100 millones de euros anuales. Se trata de que los pacientes puedan encontrar un centro altamente especializado que les atienda, dentro o fuera de su ámbito territorial. El reto será acertar con las demandas de pacientes, criterios de los expertos y la adecuada selección de los centros. Y el tiempo apremia.

#### LOS COMPROMISOS MÁS DEMANDADOS POR EL SECTOR

Los ajustes y recortes que fueron impulsados en 2012 modificaron aspectos del tipo de aseguramiento sanitario que han llevado a la oposición política del PP a abrir el debate de la universalidad de la asistencia sanitaria. Aunque podría parecer un debate estéril, ya que no se cuestiona en la actualidad la universalidad del acceso a asistencia sanitaria en España, desde algunos partidos alertan de un futuro “menos universal”. El pacto del PP y C's comienza sus compromisos sanitarios asegurando el principio de universalidad, y destacando que el copago farmacéutico no debe ser una barrera para el acceso a los medicamentos.

Una vez se describen el resto de compromisos, se observa que se abordan algunas de las demandas más solicitadas en los últimos años por el sector, en relación a:

- El gasto público sanitario
- Las listas de espera
- La transparencia de los indicadores sanitarios, y
- Los profesionales sanitarios y su situación contractual.



La no dotación presupuestaria convierte el Pacto en una guía que requiere de un amplio consenso

#### GASTO PÚBLICO SANITARIO

Uno de los compromisos es recuperar progresivamente los niveles de gasto público sanitario por habitante previo al inicio de la crisis económica. Este aspecto ha sido analizado por un panel de expertos bajo la coordinación de Fundamed, como se refleja en el documento “La inversión pública en Sanidad en España”<sup>5</sup>. El documento fue debatido por expertos y representantes de un amplio abanico ideológico, y pone de manifiesto la necesidad de recuperar el gasto público sanitario y dotarlo de un nivel similar al de los países de nuestro entorno. De los cuatro grandes partidos que concurren a las pasadas elecciones generales, todos los programas electorales, menos en el que elaboró el PP, hacían mención específica a alcanzar un nivel de inversión en gasto sanitario público

vs el PIB mayor que el actual, llegando a concretar en algunos programas la cifra del 7 por ciento del PIB (PSOE) o la reconducción de gasto en obra pública hacia la sanidad (C's). En 2016, el gasto sanitario público vs el PIB será de un 5,3 por ciento y se alineará con Rumania, Bulgaria y el resto de países del este de la UE. No parece probable que sin un entorno económico favorable el Gobierno pueda incrementar dicha inversión. Aún menos incrementar la inversión sanitaria por parte de las CC.AA. de otra forma que sensiblemente, como ya ha comenzado a verse por las subidas del gasto sanitario autonómico en las cuentas de 2017 en CC.AA. como Andalucía, Cataluña o la C. Valenciana. Dichas subidas se sitúan en torno al 0,5 por ciento de incremento. Este objetivo requiere de un abordaje mucho más complejo y es incompatible con la actual presión



de contención del gasto público que exige Bruselas y que el propio Pacto reconoce en su enunciado.

#### LISTAS DE ESPERA Y TRANSPARENCIA

Las listas de espera son una consecuencia del normal funcionamiento y optimización de los recursos sanitarios. Sin embargo, unas listas excesivas en el tiempo, muestran la existencia de necesidades económicas y falta de planificación. La continua comparación entre CC.AA. de las demoras asistenciales y quirúrgicas ha llevado a la creación de una “contabilidad del retraso” cambiante que desinforma y vulnera la transparencia necesaria. Las quejas sobre la escasa información que todas y cada una de las CC.AA. llevan realizando durante lustros es una de las cuestiones que más se ha demandado desde el sector. La propuesta de creación de un Portal de la Transparencia, que aporte indicadores, datos estadísticos comparados de calidad, actividad asistencial, gasto por capítulos detallando servicio a servicio, centro por centro, sería un paso sin precedentes en el SNS. Si me permiten la comparación, sería equivalente a la decisión de publicar las transferencias de valor de la industria farmacéutica. La diferencia es que las compañías utilizan recursos propios, y las CC.AA. y sus consejerías utilizan presupuestos públicos, presupuestos financiados por nuestros impuestos. ¿Qué dinero debería ser más transparente en cuanto a su destino? Sin duda, en España falta cultura de rendición de cuentas, que bien podríamos situar como parte de esa regeneración democrática y política que requiere nuestra sociedad. La información debe ser amplia y disponible al alcance de todos. Con la información se

## Las CC.AA. están mejorando su presupuesto sanitario en 2017, lejos de las cifras pre crisis

toman mejores decisiones, y se establecen comparaciones: eso permite saber quién lo hace mejor, o quién lo hace diferente. Sin transparencia, las decisiones que se tomen son siempre una estrategia que responde a intereses concretos. La sanidad requiere de una dosis de choque de transparencia y que se reconozca y muestre, allí donde se produzca, la eficiencia y optimización que consiguen los hombres y mujeres que la dirigen.

#### LA INTERINIDAD DE LA ASISTENCIA SANITARIA

Uno de los apartados más reclamados por la clase médica y enfermera que trabaja en la sanidad pública hace referencia a la situación de interinidad. Se trata de mejorar la situación contractual, acabar con la precariedad laboral y garantizar la estabilidad de los puestos de trabajo. Las sentencias del tribunal de Justicia



Europeo ha puesto a las administraciones sanitarias contra las cuerdas, pero la respuesta debe ser compartida e implicar al Ministerio de Trabajo.

La temporalidad oscila entre el 30 y el 50 por ciento de las plantillas públicas sanitarias. El problema pasa por una reforma legislativa del Estatuto Marco del Trabajador, redimensionar las plantillas según las necesidades sociodemográficas y dotar de presupuestos nuevos. Se debe generar un grupo de trabajo que analice los aspectos jurídicos y permita las Ofertas de Empleo Público (OPE) que se requieren, única manera de acabar con este problema. La crisis se ha llevado 300.000 puestos de trabajo desde 2011, aseguran los sindicatos. Gaceta Médica ha publicado el mapa de temporalidad de la sanidad en España<sup>6</sup>, que en conjunto se eleva a un 40 por ciento de la plantilla pública del SNS.

Sin transparencia, las decisiones que se toman responden a intereses concretos

También el acceso y la regulación de los mandos intermedios (jefaturas de servicio o de sección) se menciona en el compromiso, que sería la puerta de entrada para eliminar la libre designación de estos puestos.

#### IMPULSO DE LA TECNOLOGÍA SANITARIA E IMPULSO DE LA E-SALUD

El compromiso que no podía faltar es el del acceso a la tecnología innovadora. Como muchas otras cuestiones, necesita de un horizonte amplio para su aplicación, pero comenzando con medidas concretas, incluyendo la implantación de nuevas fórmulas contractuales y acuerdos con las empresas del sector. Este tipo de medidas deben ser impulsadas desde las CC.AA. y requieren de un compromiso para facilitar de la renovación del parque tecnológico. Según un estudio<sup>7</sup> de la patronal FENIN<sup>8</sup> uno de cada cuatro equipos de diagnóstico, monitorización y terapia en los hospitales está obsoleto. El informe revela una desigualdad en el acceso a la tecnología sanitaria entre CC.AA. con la existencia del parque tecnológico sanitario más antiguo registrado en las últimas dos décadas y un descenso del mantenimiento de los equipos instalados.

España es el país de Europa con las resonancias magnéticas más envejecidas ya que la obsolescencia alcanza a uno de cada tres equipos instalados. Uno de cada tres ecógrafos actualmente en funcionamiento en centros sanitarios tiene más de 10 años y más del 40 por ciento de los equipos de soporte vital disponibles en el sistema sanitario superan los 12 años.

Si bien el compromiso del Pacto por la tecnología sanitaria es explíci-



to, la urgencia y la necesidad requieren de un plan de actualización tecnológica del equipamiento existente, para proveer de una mayor vida útil y añadir nuevas funcionalidades o actualizar las disponibles en los equipos instalados en los centros sanitarios.

Los aspectos relacionados con la e-salud son un camino que debe acompañar a cualquier reforma sanitaria a cualquier nivel. No sólo la receta electrónica sino la historia clínica digital o la tarjeta sanitaria única. Un buen comienzo sería que, en la misma autonomía, un ciudadano pudiera trasladar su historia clínica de un hospital a otro de su elección. La digitalización de la sanidad traerá beneficios para el paciente y para el sistema. No debería supeditarse su impulso a la solución de otros asuntos sanitarios, ya que ocasionaría un mayor retraso tecnológico de consecuencias desastrosas para los retos futuros de la sanidad, condicionados por el envejecimiento y la cronicidad de la población española.

#### ASUNTOS SOCIOSANITARIOS Y DEPENDENCIA

Finalmente, es necesario hacer mención a los compromisos sobre aspectos sociosanitarios que, sin formar parte de las medidas propuestas en el ámbito sanitario, son parte de las competencias de la misma cartera ministerial, y que también han sido recogidos a través de diversos apartados del Pacto. La dotación de 440 millones anuales para financiar la atención a la dependencia facilitará muchas de las políticas en este campo. Implantar la tarjeta social y reforzar las ayudas estatales y autonómicas aportará mayor transparencia a las rentas y potenciará su eficacia. El punto 56 del Pacto esta-

blece específicamente la necesidad de reforzar un modelo integral de atención sociosanitaria que garantice la continuidad de la asistencia sanitaria a la social. La coordinación entre CC.AA. resulta otro compromiso del Pacto, incluyendo la evaluación de manera permanente de la Ley de Dependencia garantizando unos estándares comunes de calidad. Especial mención merece la atención de enfermedades mentales severas, reflejado de manera concreta en el acuerdo. El apoyo específico a familias con hijos con discapacidad o enfermedades raras se recoge de manera singular.

No cabe duda de que se trata de un Pacto que debería contar con un amplio apoyo político, pero muchas de las cuestiones no están presupuestadas y requieren del uso de los recursos económicos ya presupuestados. O dicho de otra forma, requiere hacer las cosas de manera diferente. La reforma de la Ley Orgánica de Financiación de las CC.AA. (LOFCA) debería corregir las insuficiencias del sistema actual, garantizando la igualdad entre territorios. Resulta pragmático que el Pacto incluya que un grupo de trabajo coordine con el Consejo de Política Fiscal y Financiera la elaboración de propuestas sobre un nuevo modelo de financiación territorial. Al fin y al cabo, sin suficiencia financiera no es posible ofrecer una sanidad pública de calidad.



#### REFERENCIAS

1. FEDER: Federación Española de Enfermedades Raras.
2. AELMHU: Asociación Española de Laboratorios Huérfanos y Ultrahuérfanos
3. <http://aelmhu.es/index.php/nota-de-prensa/item/330-se-desploma-el-acceso-a-medicamentos-huerfanos-en-espana>
4. <http://www.enfermedades-raras.org/index.php/actualidad/2791-feder-reclama-urgentemente-un-acceso-en-equidad-a-medicamentos-huerfanos-para-las-personas-con-enfermedades-raras>
5. <http://www.fundacionfundamed.org/ThinkTank.aspx>
6. <http://www.gacetamedica.com/politica/el-sns-con-un-40-de-temporalidad-comienza-a-elaborar-su-mapa-laboral-NF575582>
7. [http://panelfenin.es/uploads/fenin/documento\\_estudios/pdf\\_documento\\_27.pdf](http://panelfenin.es/uploads/fenin/documento_estudios/pdf_documento_27.pdf)
8. Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria.