



Sanidad en europa: la innovación en los presupuestos comunitarios

JULIO SÁNCHEZ FIERRO

Abogado y vicepresidente del Consejo Asesor de Sanidad

Los sistemas sanitarios de los estados miembro presentan una clara heterogeneidad de situaciones y de características, circunstancia que la Unión Europea respeta, pero ante la que no se mantiene indiferente. La contención del gasto no debería fiscalizarse en el gasto farmacéutico, descuidando otros factores de ineficiencia en la gestión. En cuanto a la innovación, que es fundamental para avanzar en Sanidad, habría que coordinarla estrechamente con la llamada Unión por la Innovación, que es una de las siete líneas fundamentales de la Estrategia 2020, asentada en los artículos 179 y siguientes del Tratado de Funcionamiento de la UE.

KEY WORDS: Presupuestos, innovación, Horizonte 2020, PIB, gasto farmacéutico, Unión Europea, copago, Parlamento Europeo, SNS, e-salud.

LA INNOVACIÓN EN LOS PRESUPUESTOS COMUNITARIOS

La Sanidad es uno de los pilares fundamentales sobre los que se asienta el modelo social europeo. Sin embargo, cuando se examina la Sanidad país a país, se constata una considerable diversidad de situaciones.

En efecto, hay países que responden al modelo Beveridge y que optan por la financiación de la Sanidad con impuestos, en tanto que otros se han inclinado por el modelo bismarkiano y prefieren la financiación vía cotizaciones a la Seguridad Social.

De otra parte, los indicadores sanitarios que caracterizan el funcionamiento de cada uno de los sistemas muestran una importante heterogeneidad, en parte debida a la escasa fiabilidad de los datos, que corresponden a fuentes y a periodos distintos.

Entre esas fuentes cabe citar los Informes de la OCDE, los de la Oficina Regional Europea de la OMS y los informes del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, el último de los cuales es de 2014.

A tenor de dichos Informes, nuestro Sistema Nacional de Salud, se situaría en una zona media/alta, según el indicador que se contemple.

Uno de los indicadores clásicos, pero no necesariamente el más relevante, es el de la participación del gasto sanitario total en el PIB.

En 2012 Holanda llegaba casi al 12 por ciento y Alemania y Francia superaban ligeramente el 11 por ciento, España e Italia tenían una participación de 9,2 por ciento.

A la cola del ranking figuraba Estonia con poco menos del 6 por ciento.

Es evidente que la crisis y los consiguientes ajustes presupuestarios han modificado parcialmente estos datos de situación.

Así, si en España el sector sanitario público estaba situado en el 6,5 por ciento en 2011, ahora ha pasado al 5,6 por ciento y, si se cumplen los compromisos con Bruselas, llegaría a estar en el 5,3 en 2018.

Mientras, el gasto sanitario gestionado por el sector privado, a pesar de haber sido objeto de adversos posicionamientos ideológicos, ha ido creciendo hasta situarse en el 28,29 por ciento del gasto sanitario total, consolidando, con más o menos dificultades, su presencia en todas las CC.AA.

En todo caso, no debería valorarse de modo aislado el gasto sanitario en función del PIB. Este indicador tiene un interés que ha de ponerse en relación con otros no menos importantes, tales como la mayor o menor accesibilidad de los ciudadanos a las presta-



ciones y servicios, los copagos, el grado de eficiencia en la gestión de los recursos, la calidad de la asistencia y, sobre todo, los resultados en salud.

En este sentido, cabe recordar el caso de USA, que con una participación del 20 por ciento del gasto sanitario en el PIB, tiene 40 millones de ciudadanos sin cobertura sanitaria.

En cuanto a los copagos, requisito y al mismo tiempo barrera de acceso a la asistencia, en la UE, a día de hoy, hay un amplio número de países con copagos casi generalizados.

Sin embargo, hay tres, que son España, Dinamarca y Reino Unido que no tienen copago para la AP, la Atención especializada ambulatoria, los ingresos hospitalarios y las urgencias.

Otro indicador de interés para valorar los sistemas sanitarios es el de la esperanza de vida después de los 65 años. Se trata de un dato importante, porque mayor longevidad significa avances en los resultados en salud, pero también mayor frecuentación asistencial, mayor consumo de medicamentos y mayor número de personas con discapacidad y dependencia, que requieren especiales servicios.

Pues bien, si en Polonia, Bulgaria o Hungría la media de esperanza de vida a partir de los 65 está en torno a los 13 años, España se sitúa en más de 22 años para las mujeres y en casi 19 en el caso de los hombres. Así pues, los sistemas sanitarios de los estados miembro presentan una clara heterogeneidad de situaciones y de características, circunstancia que la Unión Europea respeta, pero ante la que, como veremos, no se mantiene indiferente.

Según el artículo 168 del Tratado Fundacional de la UE, corresponde a los EEMM la competencia en la organización, financiación y gestión de sus respectivos sistemas sanitarios, pero las instituciones comunitarias cuentan con mecanismos de coordinación, de control y de supervisión. Tales funciones se expresan en forma de Reglamentos, de Directivas, de

Los sistemas sanitarios de los estados miembro presentan una clara heterogeneidad de situaciones y de características, circunstancia que la Unión Europea respeta, pero ante la que, como veremos, no se mantiene indiferente



actuaciones conjuntas ante situaciones de crisis de salud pública, además de otros Planes de acción y de Trabajo.

Ejemplos de ello son el Reglamento 833/2004 sobre asistencia sanitaria en el ámbito de los sistemas de Seguridad Social o las Directivas de asistencia sanitaria transfronteriza, de farmacovigilancia, de lucha contra la falsificación de medicamentos, de regulación de los biosimilares u otras relativas a títulos y al ejercicio de las profesiones sanitarias.

En cuanto a Planes de Trabajo, merece especial mención el impulsado por la Comisión Europea en Junio de 2014, porque, dentro de la Estrategia 2020, fija las metas prioritarias y las principales líneas de actuación y de coordinación sanitaria en Europa. El objetivo central es que los sistemas sanitarios sean más eficaces, más accesibles y más adaptables.

El Comité Económico y Social de la Unión Europea, integrado fundamentalmente por sindicatos y empresarios, valoró este Plan mediante un importante Dictamen el pasado 22 de Enero y lo hizo en base a un amplio consenso (206 votos a favor y 10 abstenciones). Mediante este Dictamen el Comité Económico y Social ha ofrecido un paquete de medidas para que se cumplan los objetivos del Plan.

Estas serían las medidas:

- 1ª Elaborar un planteamiento estratégico que esté atento al envejecimiento demográfico, a la prevención de enfermedades y a promover la salud con un estilo de vida más activo, a incrementar el peso de la sanidad en el PIB y a valorar más la importancia del volumen de mano de obra que emplean los sistemas sanitarios.
- 2ª Garantizar que los principios básicos de los sistemas sanitarios sean la universalidad, la accesibilidad, la equidad y la solidaridad. Estos principios habrían de proyectarse sobre todas las políticas de salud de los Estados Miembros.
- 3ª Evitar que las medidas anticrisis acaben rebajando el derecho a la protección de la salud.
- 4ª Hacer que la salud de los ciudadanos no dependa de su poder adquisitivo.
- 5ª Utilizar los recursos de la manera más eficiente y actuar siempre con el máximo respeto al paciente.



- 6ª Resolver la carencia de datos sanitarios fiables y comparables y la falta de un sistema de indicadores europeos homogéneos, que sirvan para apoyar la toma de decisiones.
- 7ª Luchar contra las desigualdades en salud, de modo que la asistencia sanitaria se preste con independencia del lugar donde se viva, del género, de la discapacidad, del nivel de renta, de la edad o de la raza.
- 8ª Financiar los servicios con fondos públicos (fiscales o de SS, propiciando los modelos mixtos) como elemento solidario de redistribución de los recursos.
- 9ª Disponer de una cartera de servicios lo más amplia posible a costes razonables, evitando que el copago represente un obstáculo a los más desfavorecidos.
- 10ª Valorar a los profesionales como elemento esencial de los sistemas sanitarios, siendo imprescindible una formación de alta calidad científica y técnica, fomentando los aspectos éticos y haciendo atractivo para los jóvenes el empleo en el sector.
- 11ª Apoyar la AP para mejorar así los resultados en salud y como factor para corrección del gasto.
- 12ª Esforzarse en la contención del gasto farmacéutico (poniendo énfasis en la prescripción por principio activo). Otro tanto sería necesario hacer con las Nuevas Tecnologías, respecto de las cuales se reclama el reforzamiento del papel de las agencias evaluadoras, nacionales y comunitarias, en materia de seguridad y de eficacia.
- 13ª Apostar por un papel cada vez mayor de la e-salud (en particular la HCD y coordinación entre las Administraciones), sin olvidar nunca la dimensión humana en su utilización.
- 14ª Instaurar una buena gobernanza en los sistemas sanitarios.
- 15ª Garantizar que se tendrán en cuenta las opiniones de los pacientes, que se les facilitará el acceso a sus propios datos y que se promoverá la participación de sus asociaciones.

OBJETIVOS DEL PLAN DE TRABAJO

- Mejorar la “resistencia” o sostenibilidad de los sistemas sanitarios en base a una financiación estable, una alta cualificación del personal sanitario y una gestión muy profesionalizada.
- Evaluar resultados.
- Fomentar la calidad de la asistencia.
Garantizar la seguridad de los pacientes.
- Mejorar la accesibilidad a la asistencia.
- Desarrollar acciones en favor de los profesionales.
- Promover el uso rentable de los medicamentos (no se habla de reducir el gasto).
- Mejorar la información sanitaria (comprensible para el paciente y accesible).
- Evaluar las tecnologías.
- Impulsar la e-salud (historia clínica digital, coordinación entre Administraciones).

La contención del gasto no debería fiscalizarse en el gasto farmacéutico, descuidando otros factores de ineficiencia en la gestión

Sin duda, se tratan de propuestas de gran interés, pero quizás habría que completarlas y matizarlas, en especial en lo relativo a la contención del gasto sanitario y a las políticas de innovación. La contención del gasto no debería fiscalizarse en el gasto farmacéutico, descuidando otros factores de ineficiencia en la gestión.

En cuanto a la innovación, que es fundamental para avanzar en Sanidad, habría que coordinarla estrechamente con la llamada Unión por la Innovación, que es una de las siete líneas fundamentales de la Estrategia 2020, asentada en los artículos 179 y siguientes del Tratado de Funcionamiento de la UE.

La llamada Unión por la Innovación surge como consecuencia del desfase entre USA y la UE en esta materia. Cada año en Europa se dedica un 0,8 por ciento del PIB menos que en USA y un 1,5 por ciento menos que en Japón.

Con la Unión por la Innovación se pretende eliminar obstáculos y facilitar que sector privado y público caminen juntos, ya que la innovación es una inversión crucial para nuestro futuro.

El objetivo consiste en llegar a invertir un 3 por ciento del PIB a más tardar en 2020, para lo cual sería necesario contar con más financiación, un millón de investigadores adicionales y estimular la coherencia de las políticas de los estados miembro.

En noviembre de 2013 el Parlamento Europeo aprobó un marco financiero plurianual para la innovación, que asignaba un presupuesto de 77.000 millones de euros durante el periodo 2014-2020. A este instrumento financiero se le denomina Horizonte 2020.

Sería muy importante que los sistemas sanitarios aprovecharan las oportunidades que ofrecen los Presupuestos comunitarios.

Pues bien, a la luz de lo expuesto en clave europea, convendría analizar en qué medida España está haciendo sus deberes y está impulsando reformas y, por tanto, referirse a aquellas cuestiones que requerirían especial atención en el próximo futuro para fortalecer y hacer sostenible nuestro sistema sanitario.